

Université de Montréal

Santé reproductive et santé mentale des femmes qui ont subi la violence sexuelle en temps de
conflit armé : cas de la République Démocratique du Congo

par Nissou Ines Dossa

Département de Médecine Sociale et Préventive/École de Santé Publique

Faculté de Médecine

Thèse présentée à la Faculté des Études Supérieures en vue de l'obtention du grade de PhD en
Santé Publique, Option Épidémiologie

Décembre 2013

© Nissou Ines Dossa

Résumé

Problématique : Depuis bientôt deux décennies, la République Démocratique du Congo (RDC) est le territoire d'un conflit armé qui, selon l'International Rescue Committee, aurait occasionné plus de 3 millions de décès et autant de déplacés internes. Plusieurs rapports font également cas des nombreux actes de violence sexuelle (les viols, les mutilations, l'esclavage, l'exploitation sexuelle, etc.) commis envers les filles, les femmes et dans une moindre ampleur les hommes. S'il existe un consensus sur le côté barbare des actes de violence sexuelle liés aux conflits armés, rares sont les études qui ont évalué leurs conséquences sur la santé reproductive des survivantes surtout en termes d'issues telles que les fistules, les douleurs pelviennes chroniques (DPC), le désir de rapports sexuels, le désir d'enfant et le désir d'interruption de la grossesse issue de tels actes. Par ailleurs, même si la santé mentale des populations en zones de conflit représente un sujet d'intérêt, l'impact spécifique de la violence sexuelle liée au conflit sur la santé mentale des survivantes a été peu étudié. De plus, ces travaux s'intéressent aux effets de la violence sexuelle liée au conflit sur la santé mentale et sur la santé reproductive séparément et ce, sans évaluer les relations qui peuvent exister entre ces deux dimensions qui, pourtant, s'influencent mutuellement. Aussi, l'impact social de la violence sexuelle liée au conflit, ainsi que la contribution des normes socioculturelles aux difficultés que rencontrent les survivantes, a été peu étudié. Pourtant, l'impact social de la violence sexuelle liée au conflit peut permettre de mieux comprendre comment l'expérience d'un tel acte peut affecter la santé mentale. Enfin, aucune étude n'a évalué les effets de la violence sexuelle liée au conflit en la comparant à la violence sexuelle non liée au conflit (VSNLC). Pourtant, il est reconnu qu'à de nombreux égards, la violence sexuelle liée au conflit est bien différente de la VSNLC puisqu'elle est perpétrée avec l'intention de créer le maximum d'effets adverses pour la victime et sa communauté.

Objectifs : Les objectifs poursuivis dans cette thèse visent à : 1) évaluer les effets de la violence sexuelle liée au conflit sur la santé reproductive; 2) évaluer les effets de la violence sexuelle liée au conflit sur la santé mentale en termes de *sévérité des symptômes de stress posttraumatique* (PTSD), de *sévérité des symptômes de détresse psychologique* et de probabilité de souffrir de troubles mentaux communs (TMC); 3) évaluer la contribution des

troubles physiques de santé reproductive, en particulier les fistules et les douleurs pelviennes chroniques (DPC), aux effets de la violence sexuelle liée au conflit sur la santé mentale; 4) évaluer la contribution de l'état de santé mentale aux effets de la violence sexuelle liée au conflit sur le désir de rapports sexuels et le désir d'enfant; et 5) étudier l'impact de la violence sexuelle liée au conflit sur le plan social ainsi que la contribution des normes socioculturelles à ses effets adverses et la façon dont ces effets pourraient à leur tour influencer la santé des femmes et leur relation avec l'enfant issu de l'acte de violence sexuelle subi.

Méthodologie : Un devis mixte de nature convergente a permis de collecter des données quantitatives auprès de l'ensemble des participantes (étude transversale) et des données qualitatives sur un nombre plus restreint de femmes (étude phénoménologique).

Une étude transversale populationnelle a été conduite entre juillet et août 2012 auprès de 320 femmes âgées de 15 à 45 ans habitant quatre (4) quartiers de la ville de Goma située dans la province du Nord-Kivu en RDC. Les femmes ont été recrutées à travers des annonces faites par les responsables des programmes d'alphabétisation et de résolution de conflits implantés dans les différents quartiers par le *Collectif Alpha Ujuvi*, une ONG¹ locale. Les issues de santé reproductive évaluées sont : les fistules, les DPC, le désir de rapports sexuels, le désir d'enfant et le désir d'interruption de la grossesse issue d'un acte de violence sexuelle. Les variables de santé mentale d'intérêt sont : la *sévérité des symptômes de détresse psychologique*, la *sévérité des symptômes de PTSD* et la probabilité de souffrir de TMC. Pour les analyses, l'exposition a été définie en trois (3) catégories selon l'expérience passée de violence sexuelle : les femmes qui ont vécu des actes de violence sexuelle liée au conflit, celles qui ont vécu des actes de VSNLC et celles qui ont déclaré n'avoir jamais subi d'acte de violence sexuelle au cours de leur vie. Les variables de confusion potentielles mesurées sont : l'âge, le statut matrimonial, le nombre d'enfants, le niveau d'éducation le plus élevé atteint et l'occupation professionnelle. Les mesures d'associations ont été évaluées à l'aide de modèles de régressions logistiques et linéaires simples et multiples. Des tests d'interaction multiplicative et des analyses stratifiées ont été également conduits pour évaluer l'effet potentiellement modificateur de quelques variables (âge, statut matrimonial, nombre

¹ Organisation Non Gouvernementale

d'enfants) sur la relation entre la violence sexuelle et les variables de santé reproductive ou de santé mentale. Ces tests ont également été utilisés pour évaluer la contribution d'une variable de santé reproductive ou de santé mentale aux effets de la violence sexuelle sur l'autre dimension de la santé d'intérêt dans cette étude.

Une étude phénoménologique a été conduite dans le même intervalle de temps auprès de 12 femmes ayant participé à la partie quantitative de l'étude qui ont vécu la violence sexuelle liée au conflit et ont eu un enfant issu d'une agression sexuelle. Les sujets explorés incluent : la perception de l'acte de violence sexuelle liée au conflit vécu et de la vie quotidienne par les victimes; la perception de l'acte de violence sexuelle liée au conflit par la famille et l'entourage et leurs réactions après l'agression; la perception de la grossesse issue de l'acte de violence sexuelle par la victime; la perception de l'enfant issu de la violence sexuelle liée au conflit par la victime ainsi que son entourage; les conséquences sociales de l'expérience de violence sexuelle liée au conflit et les besoins des victimes pour leur réhabilitation. Une analyse thématique avec un codage ouvert a permis de ressortir les thèmes clés des récits des participantes. Par la suite, l'approche de théorisation ancrée a été utilisée pour induire un cadre décrivant l'impact social de l'expérience de la violence sexuelle liée au conflit et les facteurs y contribuant.

Résultats : Le premier article de cette thèse montre que, comparées aux femmes qui n'ont jamais vécu un acte de violence sexuelle, celles qui ont vécu la violence sexuelle liée au conflit ont une probabilité plus élevée d'avoir une fistule (OR=11.1, IC 95% [3.1-39.3]), des DPC (OR=5.1, IC 95% [2.4-10.9]), de rapporter une absence de désir de rapports sexuels (OR=3.5, IC 95% [1.7-6.9]) et une absence de désir d'enfant (OR=3.5, IC 95% [1.6-7.8]). Comparées aux mêmes femmes, celles qui ont vécu la VSNLC ont plus de probabilité de souffrir de DPC (OR=2.3, IC 95% [0.95-5.8]) et de rapporter une absence de désir d'enfant (OR=2.7, IC 95% [1.1-6.5]). Comparées aux femmes qui ont vécu la VSNLC, celles qui ont vécu la violence sexuelle liée au conflit ont également une probabilité plus élevée d'avoir une fistule (OR=9.5, IC 95% [1.6-56.4]), des DPC (OR=2.2, IC 95% [0.8-5.7]) et de rapporter une absence de désir de rapports sexuels (OR=2.5, IC 95% [1.1-6.1]). En ce qui concerne les grossesses issues des viols, comparées aux femmes qui ont vécu la VSNLC, celles qui ont vécu la violence sexuelle liée au conflit sont plus nombreuses à souhaiter avorter (55% vs 25%

pour celles qui ont vécu la VSNLC). Elles sont également plus nombreuses à déclarer qu'elles auraient avorté si les soins appropriés étaient accessibles (39% vs 21% pour celles qui ont vécu la VSNLC).

Le second article montre qu'en comparaison aux femmes qui n'ont jamais subi de violence sexuelle, celles qui ont vécu la violence sexuelle liée au conflit présentent des symptômes de détresse psychologique (moyennes de score respectives 8.6 et 12.6, $p < 0.0001$) et des symptômes de PTSD (moyennes de score respectives 2.2 et 2.6, $p < 0.0001$) plus sévères et ont plus de probabilité d'être dépistées comme un cas de TMC (30% vs 76%, $p < 0.0001$). De plus, comparées aux femmes qui ont vécu la VSNLC, celles qui ont vécu la violence sexuelle liée au conflit présentent des symptômes de détresse psychologique (moyennes de score respectives 10.1 et 12.6, $p < 0.0001$) et des symptômes de PTSD (moyennes de score respectives 2.2 et 2.6, $p < 0.0001$) plus sévères et ont plus de probabilité d'être dépistées comme un cas de TMC (48% vs 76%, $p < 0.001$). Les valeurs minimales et maximales de score de *sévérité de symptômes de détresse psychologique* sont de 0/12 pour les femmes qui n'ont jamais vécu de violence sexuelle, 4/19 pour celles qui ont vécu la VSNLC et de 5/18 pour celles qui ont vécu la violence sexuelle liée au conflit. En ce qui concerne la *sévérité des symptômes de PTSD*, les scores minimal et maximal sont respectivement de 0.36/3.22, 0.41/3.41 et 0.95/3.45. Le fait d'avoir développé une fistule ou de souffrir de DPC après l'agression sexuelle augmente la force des associations entre la violence sexuelle et la santé mentale. Les femmes qui ont subi la violence sexuelle liée au conflit et qui ont souffert de fistules présentent des symptômes de détresse psychologique et de PTSD plus sévères comparées aux femmes qui ont subi la violence sexuelle liée au conflit mais n'ont pas de fistules. Les résultats sont similaires pour les femmes qui ont subi la violence sexuelle liée au conflit et qui souffrent de DPC. Des résultats complémentaires suggèrent que le statut matrimonial modifie l'effet de la violence sexuelle sur la *sévérité des symptômes de détresse psychologique*, les femmes divorcées/séparées et les veuves étant celles qui ont les moyennes de score les plus élevées (respectivement 11.3 et 12.1 vs 9.26 et 9.49 pour les célibataires et les mariées). Par ailleurs, la *sévérité des symptômes de détresse psychologique* modifie l'association entre la violence sexuelle liée au conflit et le désir d'enfant.

Le troisième article montre que, sur le plan social, l'expérience de violence sexuelle liée au conflit entraîne également de lourdes conséquences. Toutes celles qui ont vécu ce type d'acte décrivent leur vie de survivante et de mère d'un enfant issu d'une agression sexuelle comme difficile, oppressive, faite de peines et de soucis et sans valeur. Plusieurs facteurs influencent la description que les victimes de violence sexuelle liée au conflit font de leur vie quotidienne, et ils sont tous reliés aux normes socioculturelles qui font de la femme une citoyenne de seconde zone, ne font aucune différence entre un viol et un adultère, condamnent les victimes de violence sexuelle plutôt que leurs agresseurs, rejettent et stigmatisent les victimes de tels actes ainsi que l'enfant qui en est issu. En réponse au rejet et au manque de considération, les femmes victimes de violence sexuelle liée au conflit ont tendance à s'isoler pour éviter les insultes et à garder le silence sur leur agression. En plus, les réactions de leur entourage/communauté ont tendance à leur faire revivre l'agression sexuelle subie, autant d'éléments qui nuisent davantage à leur réhabilitation. D'autres résultats démontrent que les enfants issus d'actes de violence sexuelle liée au conflit sont également rejetés par leur communauté, leur famille adoptive ainsi que le conjoint de leur mère, ce qui affecte davantage les survivantes. Avec leurs mères, les relations développées varient entre le rejet, la résignation et l'affection. Néanmoins, ces relations sont plus souvent tendues probablement à cause de la stigmatisation de la communauté.

Conclusion: La violence sexuelle liée au conflit a des effets adverses sur la santé reproductive, la santé mentale mais également sur le plan social. Ces trois dimensions sont loin d'être isolées puisque cette étude a permis de démontrer qu'elles s'influencent mutuellement. Ceci suggère que la prise en charge des victimes de violence sexuelle liée au conflit ne doit pas se concentrer sur un aspect ou un autre de la santé mais prendre en compte l'ensemble des dimensions de la femme pour offrir une aide holistique, plus adaptée et qui sera plus efficace à long terme.

Mots-clés: Violence sexuelle, conflits armés, santé reproductive, santé mentale, conséquences sociales, normes socioculturelles, République Démocratique du Congo

Abstract

Background: Since nearly two decades, the Democratic Republic of Congo (DRC) is ravaged by an armed conflict which, according to the International Rescue Committee, have caused more than 3 million deaths and as many internally displaced persons. Several reports also denounce the numerous cases of sexual violence (rape, mutilation, sexual slavery, exploitation, etc.) committed against girls, women, and to a lesser extent against men. Even if there is a consensus on the barbaric nature of conflict-related sexual violence acts, few studies have assessed its effects on survivors' reproductive health especially in terms of issues such as fistulas, chronic pelvic pain (CPP), desire for sex, desire for children, and desire to interrupt pregnancy resulting from rape. Moreover, even if the mental health of populations in conflict zones is a topic of interest, the specific impact of conflict-related sexual violence on the survivors' mental health has not been much studied. In addition, most studies research the effects of conflict-related sexual violence on mental health and on reproductive health separately without assessing the relationships that can exist between these two dimensions which, however, influence each other. Also, the social impact of conflict-related sexual violence, and the contribution of sociocultural norms to the survivors' struggles, has not been much studied. Nevertheless, the social impact of conflict-related sexual violence may help in understanding how the experience of such act can affect mental health. Finally, no study has investigated the effects of conflict-related sexual violence by comparing it to non-conflict-related sexual violence (NCRSV). However, it is recognized that, in many respects, conflict-related sexual violence is very different from NCRSV since it is committed with the intent to create the most adverse effects on the victims and their community.

Objectives: The objectives of this thesis aimed at: 1) assessing the effects of conflict-related sexual violence on reproductive health; 2) evaluating the effects of conflict-related sexual violence on mental health in terms of *severity of posttraumatic stress disorder* (PTSD) symptoms, *severity of psychological distress symptoms*, and the likelihood of suffering from common mental disorders (CMD); 3) assessing the contribution of adverse reproductive health issues, particularly fistula and chronic pelvic pain (CPP) to the effect of conflict-related sexual violence on mental health; 4) assessing the contribution of mental health state to the effect of

conflict-related sexual violence on desire for sexual intercourse, and desire for children; and 4) studying the social impact of conflict-related sexual violence as well as the contribution of sociocultural norms to its adverse consequences, and how these effects could in return affect women's health and their relationship with their rape-conceived children.

Methodology: A convergent mixed design allowed collection of quantitative data from all participants (cross-sectional study) and qualitative data on a smaller number of women (phenomenological study).

A population-based cross-sectional study was conducted between July and August 2012 among 320 women, aged 15 to 45, living in four (4) neighbourhoods of the city of Goma, province of North Kivu in the DRC. Participants were recruited through announcements made by those responsible for literacy and conflict-resolution programs implemented in different neighbourhoods by the *Collectif Alpha Ujuvi*, a local NGO². Reproductive health outcomes assessed are: fistulas, CPP, desire for sex, desire for children and desire to interrupt pregnancy resulting from sexual violence. The mental health outcomes of interest were: *severity of psychological distress symptoms*, *severity of PTSD symptoms*, and likelihood of suffering from CMD. For analyses, exposure was defined in three (3) categories according to past experience of sexual violence: women who experienced conflict-related sexual violence, those who experienced NCRSV, and those who reported never having been victim of sexual violence in their lifetime. Potential confounders assessed were: age, marital status, number of children, highest education level reached, and occupation. Measures of association were assessed using simple and multiple logistic and linear regression models. Multiplicative interaction tests and stratified analyzes were also conducted to identify the potential modification effect of the variables age, marital status and number of children on the association between sexual violence and reproductive health or mental health. Those tests were also used to assess the contribution of reproductive health or mental health to the effects of sexual violence on the other aspect of health of interest in this study.

In the meantime, a phenomenological study was conducted among 12 women who experienced conflict-related sexual violence, had a rape-conceived child, and participated in

² Non Governmental Organization

the quantitative part of the study. Topics explored include: perception of the act of conflict-related sexual violence and the daily life by the victims; perception of the act of rape by the victims' family and entourage and their reaction after the aggression; perception of pregnancy resulting from sexual violence by the victim; perception of the rape-conceived child by the victim and her entourage; social consequences of experiencing conflict-related sexual violence, and victims' needs for rehabilitation. A thematic analysis with open coding has highlighted the key themes of the participants' stories. Thereafter, a grounded theory approach was used to induce a framework outlining the social impact of experiencing conflict-related sexual violence along with the contributing factors.

Results: The first article of this thesis shows that, compared to women who have never experienced sexual violence, women who experienced conflict-related sexual violence have a higher probability to have fistula (OR=11.1, 95% CI [3.1-39.3]), CPP (OR=5.1, 95% CI [2.4-10.9]), an absence of desire for sexual intercourse (OR=3.5, 95% CI [1.7-6.9]), and an absence of desire for children (OR=3.5, 95% CI [1.6-7.8]). Compared with the same women, those who have experienced NCRSV are more likely to have CPP (OR=2.3, 95% CI [0.95-5.8]), and an absence of desire for children (OR=2.7, 95% CI [1.1-6.5]). Compared with women who have experienced NCRSV, those who experienced conflict-related sexual violence also have higher odds for fistula (OR=9.5, 95% CI [1.6-56.4]), CPP (OR=2.2, 95% CI [0.8-5.7]), and absence of desire for sexual intercourse (OR=2.5, 95% CI [1.1-6.1]). Regarding pregnancy resulting from sexual violence, in comparison to women who experienced NCRSV, a higher proportion of those who experienced conflict-related sexual violence were willing to abort (55% vs. 25% for those who experienced NCRSV). They are also more likely to admit that they would have done so, if proper care was available (39% vs. 21% for those who experienced NCRSV).

The second article shows that, compared to women who have never experienced sexual violence, those who experienced conflict-related sexual violence have more severe symptoms of psychological distress (respective score means 8.6 and 12.6, $p < 0.0001$) and PTSD (respective score means 2.2 and 2.6, $p < 0.0001$), and are more likely to be probable CMD case (30% vs. 76%, $p < 0.0001$). Moreover, compared to women who experienced NCRSV, those

who experienced conflict-related sexual violence have more severe symptoms of psychological distress (respective score means 10.1 and 12.6, $p < 0.0001$) and PTSD (respective score means 2.2 and 2.6, $p < 0.0001$), and are more likely to be probable CMD case (48% vs. 76%, $p < 0.0001$). The lowest and highest scores of severity of psychological distress symptoms are 0/12 in the category of women who never experienced sexual violence, 4/19 in the category of women who experienced NCRSV and 5/18 in the category of women who experienced conflict-related sexual violence. Regarding the severity of PTSD's symptoms, the lowest and highest scores are respectively: 0.36/3.22, 0.41/3.41 and 0.95/3.45. Suffering from fistula or CPP increases the strength of the association between sexual violence and mental health. Women who experienced conflict-related sexual violence and suffered fistula, compared to those who experienced conflict-related sexual violence and did not suffer from fistula, have more severe symptoms of psychological distress and PTSD. Results were similar for women who experienced conflict-related sexual violence and have CPP. Complementary results suggest that the marital status modifies the association between sexual violence and *severity of psychological distress symptoms*, divorced/separated and widowed being those who have the highest score means (respectively 11.3 and 12.1 vs. 9.26 and 9.49 for singles and married women). Furthermore, the *severity of psychological distress symptoms* changes the association between conflict-related sexual violence and desire for children.

The third article shows that, on the social front, experiencing conflict-related sexual violence also results in serious consequences. All women who experienced this type of act describe their life of survivor and mother of a child born from rape as difficult, oppressive, made of worries and sorrows, and worthless. Several factors influence the description that victims of conflict-related sexual violence make of their daily lives, and they are all related to socio-cultural norms which consider women as second class citizen, do not make any difference between rape and adultery, condemn rape victims rather than the perpetrators, reject and stigmatize raped women and rape-conceived children. In response to the rejection and lack of consideration, survivors of conflict-related sexual violence tend to isolate themselves to avoid insults, and keep quiet about the aggression they suffered. In addition, the reactions of their entourage/community tend to revive memories of the aggression they suffered, all of which may impair their rehabilitation. Other results show that children resulting from conflict-

related sexual violence are also rejected by their communities, as well their adoptive family and their mother's partner and this hurts the victims. With their mothers, relationships developed range from rejection, resignation to affection. Nevertheless, these relationships are often more likely to be strained because of the stigma of the community.

Conclusion: Conflict-related sexual violence has adverse effects on reproductive health and mental health. It is also associated with adverse social consequences. Those three dimensions are far from being isolated because this study demonstrated that they do influence each other. This suggests that intervention programs for victims of conflict-related sexual violence should not only focus on one aspect of health but take into account all the dimensions of a woman to provide holistic and more appropriate support which will be more effective in the long term.

Keywords: Sexual violence, armed conflicts, reproductive health, mental health, social impact, socio-cultural norms, Democratic Republic of Congo.

Table des matières

Résumé	ii
Abstract	vii
Liste des tableaux	xvii
Liste des figures	xix
Liste des sigles et abréviations	xx
Remerciements	xxiii
CHAPITRE I : Introduction	1
CHAPITRE II : Recension des écrits	8
2.1. La violence sexuelle.....	9
2.1.1. Généralités et prévalence dans le monde	9
2.1.2. L’abus sexuel pendant l’enfance	10
2.1.3. La violence conjugale.....	11
2.1.4. Violence sexuelle, phénomène de société.....	12
2.1.5. Violence sexuelle utilisée comme arme de guerre	15
2.1.5.1. Généralités	15
2.1.5.2. Types d’actes de violence sexuelle perpétrés en temps de conflit.....	17
2.1.5.3. Quelques chiffres sur la violence sexuelle en temps de conflit	18
2.1.6. Contexte de la République Démocratique du Congo	19
2.1.6.1. Situation géographique, contexte sociopolitique et origines du conflit armé.....	19
2.1.6.2. Situation socio-sanitaire.....	21
2.1.6.3. Statut de la femme dans la société congolaise et ampleur de la violence sexuelle.....	23
2.1.6.4. Rationnel de l’utilisation de la violence sexuelle comme arme de guerre.....	25
2.2. Effets de la violence sexuelle sur la santé des victimes	27
2.2.1. Exposition à la violence sexuelle et la santé physique.....	28
2.2.2. Exposition à la violence sexuelle et la santé reproductive	29
2.2.2.1. Généralités	29

2.2.2.2. Relation entre violence sexuelle et ITS/Comportements de santé.....	30
2.2.2.3. Relation entre violence sexuelle et fistule	33
2.2.2.4. Relation entre violence sexuelle et douleurs pelviennes chroniques.....	37
2.2.2.5. Relation entre violence sexuelle et fonctionnement sexuel.....	39
2.2.2.6. Relation entre violence sexuelle et désir d'enfant	40
2.2.2.7. Relation entre la violence sexuelle et les issues négatives de grossesse .	41
2.2.3. Exposition à la violence sexuelle et la santé mentale	44
2.2.3.1. Violence sexuelle et Stress posttraumatique	45
2.2.3.2. Violence sexuelle et troubles mentaux courants	47
2.2.4. Relation entre la santé reproductive et la santé mentale dans un contexte de violence sexuelle	49
2.3. Impact social de l'exposition à la violence sexuelle	51
2.4. Vulnérabilité différentielle à la violence sexuelle selon l'âge, le statut matrimonial et la parité	53
2.5. L'étude des conséquences de la violence sexuelle : la nécessité d'aller au-delà des dimensions physique et psychologique.....	54
2.6. Cadre conceptuel.....	56
CHAPITRE III : Objectifs de l'étude et questions de recherche	61
3.1. Objectifs de l'étude	62
3.2. Questions et hypothèses de recherche.....	63
3.2.1. Premier objectif : effets de la VSLC sur la santé reproductive.....	63
3.2.2. Second objectif : effets de la VSLC sur la santé mentale	64
3.2.3. Troisième objectif : Contribution de la santé reproductive aux effets de la violence sexuelle sur la santé mentale.....	65
3.2.4. Quatrième objectif : Contribution de la santé mentale aux effets de la violence sexuelle sur la santé reproductive	66
3.2.5. Cinquième objectif : Impact social de la VSLC.....	67
3.3. Pertinence de la recherche.....	68
CHAPITRE IV : Méthodes	72
4.1. Contexte géographique et sociopolitique de l'étude	73
4.2. Stratégies de recherche.....	75

4.3. Optique de l'étude	78
4.4. Population à l'étude.....	79
4.4.1. Population cible.....	79
4.4.2. Population de l'étude.....	79
4.4.3. Calcul de la taille d'échantillon.....	81
4.5. Collecte de données.....	85
4.5.1. Préparation de la collecte de données et sponsors.....	85
4.5.2. Formation du personnel de recherche sur le terrain	85
4.5.3. Collecte de données.....	86
4.6. Instruments de mesure et guide d'entrevue.....	89
4.7. Variables à l'étude.....	90
4.7.1. Variables dépendantes.....	90
4.7.1.1. Variables de santé reproductive	90
4.7.1.2. Variables de santé mentale	91
4.7.2. Variable indépendante mesurant l'exposition à la violence sexuelle et son intensité.....	93
4.7.3. Autres variables indépendantes.....	94
4.8. Considérations éthiques	97
4.9. Facteurs ayant favorisé ou entravé la collecte de données.....	99
4.10. Analyse des données	100
4.10.1. Données quantitatives	100
4.10.1.1. Objectif 1 : violence sexuelle et santé reproductive	102
4.10.1.2. Objectif 2 : violence sexuelle et santé mentale.....	104
4.10.1.3. Objectif 3 : contribution de la santé reproductive aux effets de la violence sexuelle sur la santé mentale	108
4.10.1.4. Quatrième objectif : contribution de la santé mentale aux effets de la violence sexuelle sur la santé reproductive.....	110
4.10.2. Données qualitatives (cinquième objectif, conséquences sociales de la VSLC).....	111
CHAPITRE V : Résultats	114
5.1. Description de l'échantillon à l'étude	115

5.2. Premier article de la thèse	119
5.2.1. Présentation de l'article 1	120
5.2.2. Autres résultats pertinents à l'objectif 1 de la thèse.....	150
5.2.2.1. Modification des associations entre la violence sexuelle et les fistules/DPC par la parité.....	150
5.2.2.2. Distribution des fistules et des DPC selon les caractéristiques sociodémographiques.....	152
5.2.2.3. Distribution de l'absence de désir de rapports sexuels et de désir d'enfant selon les caractéristiques sociodémographiques des participantes	153
5.2.2.4. Évaluation des effets de la VSLC par rapport à ceux de la VSNLC	156
5.2.2.5. Rôle de modification d'effet de la parité et du statut matrimonial sur la relation entre la violence sexuelle et le désir de rapports sexuels ou d'enfant	157
5.2.3. Récapitulatif de l'article 1 et des résultats complémentaires de l'objectif 1	158
5.3. Deuxième article de la thèse	160
5.3.1. Présentation de l'article.....	161
5.3.2. Autres résultats pertinents aux objectifs 2 et 4 de la thèse.....	196
5.3.2.1. Évaluation de l'effet modificateur de l'âge, de la parité ou du statut matrimonial sur l'association entre la violence sexuelle et la santé mentale.....	196
5.3.2.2. Évaluation de l'effet modificateur de la santé mentale sur la relation entre la violence sexuelle et le désir de rapports sexuels ou le désir d'enfant.....	198
5.3.2.3. Association entre la violence sexuelle et la probabilité d'être un cas de TMC.....	199
5.3.3. Récapitulatif de l'article 2 et des résultats complémentaires des objectifs 2 et 4.....	201
5.4. Troisième article de la thèse.....	204
5.4.1. Présentation de l'article.....	205
5.4.2. Autres résultats pertinents à l'objectif 5 de la thèse.....	241
5.4.2.1. Perception de la grossesse issue de l'acte de violence sexuelle	241
5.4.2.2. Désir d'avorter et les raisons	242
5.4.2.3. Le traitement et la considération des enfants issus d'actes de violence sexuelle.....	243

5.4.3. Récapitulatif de l'article 3 et des résultats complémentaires de l'objectif	
5.....	246
CHAPITRE VI : Discussion.....	249
6.1. Discussion générale des résultats	250
6.1.1. Conséquences sanitaires et sociales de la VSLC pour les victimes	251
6.1.2. Besoins de prise en charge et services disponibles	265
6.1.3. Enfants issus de la violence sexuelle utilisée comme arme de guerre	266
6.2. Contributions à l'avancement des connaissances	268
6.3. Forces de l'étude	270
6.4. Limites de l'étude.....	273
6.5. Validité des données	276
6.5.1. Validité interne.....	276
6.5.1.1. Partie quantitative de l'étude	276
6.5.1.2. Partie qualitative de l'étude	282
6.5.2. Validité externe	284
6.6. Implications pour la recherche et l'intervention	285
CHAPITRE 7 : Conclusion.....	295
RÉFÉRENCES.....	298
Annexe 1 : Questionnaire de l'étude	XXV
I. Données sociodémographiques.....	XXV
II. Auto-perception de l'état de santé général.....	XXVI
III. Volet violence sexuelle & santé de la reproduction	XXVI
IV. Volet santé mentale.....	XXX
Annexe 2 : Guide d'entrevue	XXXIII
Annexe 3 : Formulaire d'information et de consentement	XXXV

Liste des tableaux

RÉSULTATS

Tableau I: Prévalences de la variable d'exposition et des problèmes de santé reproductive et de santé mentale dans la population de l'Est de la RDC	83
Tableau II: Tailles d'échantillon nécessaires pour détecter un ratio de prévalence minimal de 2 pour la relation entre la violence sexuelle et les issues d'intérêt	84
Tableau III: Récapitulatif des variables concernées dans l'étude	95
Tableau IV: Profil sociodémographique des participantes à l'étude transversale épidémiologique.....	118

Article 1

Table I (article 1): Socio-demographic characteristics of three groups of women with different experience of sexual violence (SV).....	140
Table II (article 1): Characteristics of aggression.....	142
Table III (article 1): Prevalence of reproductive health outcomes by category of experience of sexual violence (SV)	143
Table IV (article 1): Odds ratios for reproductive health outcomes, results of logistic regression analysis	145
Table V (article 1): Pregnancy, induced abortion and miscarriages according to the context of sexual violence (n=117).....	146
Tableau V: Nombre et proportions de participantes selon le statut d'exposition à la violence sexuelle, la parité et les aspects de santé reproductive (fistule & DPC)	151

Tableau VI: Analyses bivariées entre les variables dépendantes fistule, DPC et les variables sociodémographiques	153
Tableau VII: Analyses bivariées entre les variables dépendantes absence de désir d'enfant, absence de désir de rapports sexuels et les variables sociodémographiques...	155
 Article 2	
Table I (article 2): Characteristics of the study participants	184
Table III (article 2): Psychological distress symptoms (PDS) severity and PTSD symptoms severity by experience of sexual violence, presence of Fistula or Chronic Pelvic Pain	186
Table IIIII (article 2): Linear regression model testing for interactions between sexual violence and reproductive adverse outcomes on Psychological distress symptoms (PDS) severity	188
Table IVV (article 2): Linear regression model testing for interactions between sexual violence and reproductive adverse outcomes on PTSD symptoms severity.....	189
Tableau VIII: Prévalence des troubles mentaux courants (TMC) selon l'expérience de violence sexuelle, la présence de fistule ou de DPC chez les femmes (n=320)	200
Tableau IX: Analyse stratifiée de la prévalence de TMC selon l'expérience de violence sexuelle et la présence de fistule ou de DPC (n=320)	201

Liste des figures

REVUE DE LITTÉRATURE

Figure 1 : Cadre conceptuel de l'étude incluant les effets de la violence sexuelle sur la santé ainsi que l'impact social	58
Figure 2 : Carte de la RDC	73
Figure 3 : Cadre d'analyse de l'objectif 1	103
Figure 4 : Cadre d'analyse de l'objectif 2	106
Figure 5 : Cadre d'analyse de l'objectif 3	109
Figure 6 : Cadre d'analyse de l'objectif 4	111
Figure 7 : Diagramme en bâtons décrivant la variation des médianes de score de détresse psychologique selon le statut d'exposition à la violence sexuelle et le statut matrimonial	197
Figure 1 (article 1): Prevalence of adverse reproductive health outcomes by experience of sexual violence (SV)	144
Figure 1 (article 3): Theoretical model emerging from participants' stories representing social impacts of conflict-related rape on survivors mediated by cultural norms, values and beliefs	236

Liste des sigles et abréviations

CMD: Common Mental disorders

CPP: Chronic pelvic pain

CPT: Cognitive processing therapy

CR: Conflict-related

CRSV: Conflict-related sexual violence

DPC : Douleurs pelviennes chroniques

DRC: Democratic Republic of Congo

EDS : Enquête Démographique de Santé

FAC : Forces Armées Congolaises

HIV: Human Immunodeficiency Virus

IES-R: Impact Event Scale – revised

ITS : Infections transmissibles sexuellement

LINCCO : L’Institut pour la Culture et la Coopération

MDD: Major depressive disorder

NCR: Non conflict-related

NCRSV: Non conflict-related sexual violence

NGO: Non-Governmental organisation

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisation non gouvernementale

ONU : Organisation des Nations Unies

ONU-Femmes : Organisation des Nations Unies – Femmes

PTSD : Posttraumatic Stress Disorder (Stress Posttraumatique)

RCD : Rassemblement Congolais pour la Démocratie

RDC : République Démocratique du Congo

SRQ: Self-reported questionnaire

SV: Sexual violence

TMC : Troubles mentaux courants

UNFPA : Fonds des Nations Unies pour la Population

UNICEF: United Nations Children's Fund

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

VSLC : Violence sexuelle liée au conflit

VSNLC : Violence sexuelle non liée au conflit

À mon père, pour l'amour de la médecine et de la recherche que tu as su me transmettre et le modèle de vie que tu as été pour moi.

Remerciements

Comme plusieurs de mes réalisations personnelles, cette thèse n'aurait pu être achevée sans le soutien et/ou la contribution de plusieurs personnes. J'aimerais à travers les quelques mots mentionnés ici les remercier.

J'aimerais tout d'abord exprimer ma profonde gratitude envers mes directeurs de thèse Marie Hatem, Maria Victoria Zunzunegui et William Fraser. Dre. Hatem, merci d'avoir cru en moi dès le départ, de m'avoir donné la chance d'entamer cette formation doctorale et de m'avoir offert la possibilité de travailler sur cette thématique qui me tient à cœur. Dre. Zunzunegui, merci d'avoir accepté de me co-diriger au moment où le besoin était crucial et pour la qualité de votre encadrement. Dr. Fraser, merci de m'avoir offert la chance d'avoir accès à une bourse de formation doctorale du Réseau QTNPR. Vos commentaires et conseils avisés sans oublier vos qualités humaines ont permis de mener à terme ce projet de thèse.

Je tiens également à témoigner ma reconnaissance à l'Axe de Santé Mondiale du Réseau de Recherche en Santé des Populations du Québec et L'Institut pour la Culture et la Coopération (LINCCO) qui grâce à leur soutien financier ont permis de collecter les données de cette thèse. Merci également à l'Institut de Recherche en Santé Publique de l'Université de Montréal (IRSPUM) dont la subvention a permis d'éditer mes articles scientifiques.

Je ne peux manquer de souligner l'immense apport du personnel du *Collectif Alpha Ujuvi* qui a permis d'entrer en contact avec les potentielles participantes sans qui cette étude n'aurait pas été possible. Un merci particulier à Sœur Déodata, Rehema, Evelyne, Patrice et Innocent pour l'accueil et pour avoir tout fait pour faciliter la réalisation de mon travail de terrain et rendre mon séjour agréable. Merci également à toutes les sœurs de la congrégation des religieuses ursulines de Goma pour l'hébergement et les encouragements tout au long de la collecte de données.

Je ne peux oublier de mentionner le support de mes collègues et amis dont j'ai fait la connaissance au cours du doctorat, en particulier Lynda Rey et Nicole Atchessi, qui à travers leurs mots ont su me donner l'envie de continuer et d'arriver au terme de ce parcours. Merci également à plusieurs employées du département de Médecine Sociale et Préventive de l'Université de Montréal, Véronik Chénier, Louise Dubuc et Joëlle Fuchs pour leurs encouragements.

Évidemment je ne peux finir sans exprimer mon immense gratitude aux miens mon père Sylvain, ma mère Jeanne, mes frères Yalowan et Juryn, Hervé Dassoundo, Diane Gbaguidi, Pexine Gbaguidi, Romule Gbodja, Eunice Gnakadja, Xavier Koutchade et Charles Mochiah. À chacune des étapes vous avez su m'écouter et trouver les mots qu'il fallait pour m'encourager. Ce travail témoigne également du succès de votre assistance quotidienne. Merci également à Lenhang Nkeng pour avoir accepté de relire certains des articles publiés au cours de ma formation doctorale.

Enfin, je rends grâce à Dieu qui a su me guider dans mes choix et m'accompagner tout au long de ce parcours et surtout dans les moments les plus difficiles. Cette thèse est la preuve que tout peut arriver grâce à ta bénédiction!

CHAPITRE I : Introduction

Au cours des années 90, la violence sexuelle – avec les autres formes de violence faites aux femmes (gender-based violence) – a été reconnue comme une atteinte sérieuse aux droits de l’Homme et un problème de santé publique, et ce grâce aux efforts combinés de plusieurs gouvernements et organisations locales et internationales luttant pour les droits des femmes (Garcia-Moreno, Heise et al. 2005). Un acte de violence sexuelle désigne :

« tout acte sexuel ou tentative d’en obtenir, les avances ou commentaires déplacés et les trafics dirigés contre la sexualité d’une personne et faisant appel à la coercition quels que soient la relation avec la victime et l’endroit » (WHO 2002).

Les actes incriminés incluent le viol, l’abus sexuel, le mariage forcé, l’imprégnation forcée, la mutilation génitale, l’avortement pratiqué sous la contrainte, la prostitution forcée et le trafic sexuel. Même si les hommes peuvent être aussi victimes de certains des actes cités, la violence sexuelle est actuellement identifiée comme une des formes de violence faites aux femmes.

La violence sexuelle est perpétrée dans tous les pays du monde et tout le monde s’accorde sur le fait que les chiffres sous-estiment l’ampleur de la situation en raison de la non-déclaration des agressions par une bonne partie des victimes. Cependant, les études de prévalence montrent que l’ampleur du phénomène varie selon les pays et les cultures, les pays en développement étant les plus touchés (Garcia-Moreno, Jansen et al. 2006). Au niveau mondial, on estime qu’une (1) femme sur cinq (5) sera victime de viol ou de tentative de viol au cours de sa vie (Campbell 2002) et qu’environ une (1) adolescente sur trois (3) rapporte son premier rapport sexuel comme forcé (Garcia-Moreno, Jansen et al. 2006).

Par ailleurs, les dernières décennies ont vu émerger de nombreux conflits armés au cours desquels l'utilisation de la violence sexuelle comme arme de guerre a été rapportée. En effet, le recours systématique au viol ainsi qu'à d'autres formes de tortures sexuelles, principalement à cause de l'impunité qui règne pendant un conflit armé, a été largement documenté (Hynes 2004, Bourke 2006, Leatherman 2011). De plus, la violence sexuelle en temps de conflit armé est significativement différente de par les conditions de chaos dans lesquelles elle est perpétrée. En effet, les viols perpétrés pendant ces conflits sont d'une intensité et d'une fréquence supérieures à ce qui se passe dans un contexte politique stable (Hynes 2004).

Au cours des deux dernières décennies, des études se sont intéressées aux effets de la violence sexuelle sur la santé des victimes et sur leur bien-être social. Elles ont pu démontrer que l'exposition à la violence sexuelle peut avoir de graves conséquences qui vont des issues fatales (suicide, mortalité liée à l'infection par le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) et mortalité maternelle) aux issues non fatales mais tout aussi dommageables telles les blessures physiques, les problèmes de santé reproductive (troubles gynécologiques, comportements en matière de sexualité, troubles liés à la grossesse, troubles liés à l'allaitement, etc.) et de santé mentale – stress posttraumatique (PTSD), dépression, anxiété – (Heise, Pitanguy et al. 1994, Heise, Ellsberg et al. 2002, Bott, Morrison et al. 2005).

Malgré la quasi abondance de la littérature sur le sujet, certains points restent encore à élucider puisque la majorité des études ont été faites dans les pays industrialisés dont le

contexte est différent de celui des pays en développement sur les plans économique, politique et sanitaire (Dunkle, Jewkes et al. 2004). Par ailleurs, la plupart de ces études se sont intéressées aux conséquences de la violence domestique ce qui limite la quantité d'information disponible sur les conséquences des violences sexuelles subies pendant les conflits armés. De plus, la particularité de la violence sexuelle utilisée comme arme de guerre fait qu'on ne peut transposer les résultats obtenus sur les effets de la violence sexuelle subie dans un contexte de stabilité politique. Pour finir, même si des interventions sont offertes aux femmes victimes de violence sexuelle pendant les conflits, leurs besoins particuliers en matière de prise en charge (surtout de leur point de vue) n'ont pas été clairement étudiés. Pourtant, de telles informations sont utiles pour offrir une prise en charge plus adaptée aux femmes qui ont été victimes d'un acte de violence sexuelle dans un tel contexte.

La présente thèse s'intéresse aux effets de la violence sexuelle liée au conflit armé de la République Démocratique du Congo (RDC) sur la santé des victimes (santé reproductive, santé mentale) ainsi qu'aux facteurs sociodémographiques qui peuvent influencer ces effets. Elle analyse aussi les retombées sociales de l'expérience de ce type d'acte pour les victimes ainsi que leurs besoins de prise en charge sanitaire et psychosociale. La RDC est un pays de l'Afrique centrale dont la population a été estimée à 65.8 millions par l'Institut National de la Statistique du pays en 2007 (Ministère and Macro 2008). Depuis 1998, le pays est le théâtre d'un conflit armé qui continue encore de façon intermittente dans les deux provinces situées à l'Est (le Nord-Kivu et le Sud-Kivu). Nombreux sont les rapports qui font état de l'utilisation de la violence sexuelle comme arme de guerre dans

ces deux provinces. Dans cette thèse, pour évaluer les effets de la violence sexuelle liée au conflit (VSLC), les femmes qui ont subi ce type d'acte ont été comparées à celles qui ont expérimenté un acte de violence sexuelle non liée au conflit (VSNLC) et à celles qui n'ont jamais expérimenté un acte de violence sexuelle. Les données analysées ont été collectées auprès de femmes congolaises résidant dans la province du Nord-Kivu, province dans laquelle la prévalence de cas de violence sexuelle serait la plus élevée dans le pays.

La présente étude menée à Goma, capitale du Nord-Kivu, a pour objectif général d'étudier les effets de la VSLC sur le plan sanitaire comme social dans le contexte de la RDC. Un devis mixte de nature convergente ou parallèle a été utilisé pour répondre aux questions de recherche. Plus spécifiquement, cette étude vise d'une part à identifier les effets de la VSLC (comparée à la VSNLC et à l'absence d'exposition à la violence sexuelle) sur la santé reproductive des femmes (les fistules, les douleurs pelviennes chroniques, le désir de rapports sexuels, le désir d'enfant et le désir d'interruption de la grossesse issue de la violence sexuelle) et sur leur état de santé mentale (*sévérité du stress posttraumatique, sévérité de la détresse psychologique*, prévalence des troubles mentaux courants). Les interrelations entre les aspects de santé de reproductive et de santé mentale sont également évaluées. Les résultats obtenus seront importants pour la conception de programmes de prise en charge sanitaire que ce soit au niveau physique comme psychologique. D'autre part, cette étude s'est intéressée au quotidien des femmes victimes de VSLC qui ont des enfants issus de la violence sexuelle, la manière dont elles sont perçues dans leur société, les réactions de leur famille et entourage après leur

agression et leurs besoins de prise en charge psychosociale. L'analyse qualitative des récits des femmes a permis de comprendre le poids social associé au fait d'être une victime de VSLC, les conséquences du statut social réservé aux victimes de tels actes et surtout d'évaluer comment les normes sociales contribuent aux conséquences adverses de la VSLC. Cet aspect semble important en raison de la nature de l'exposition étudiée.

La présente thèse s'articule en six principaux points. Après cette introduction, la revue de la littérature sera abordée dans le second chapitre. Cette revue de littérature comportera quatre sections. La première présentera les généralités sur la violence sexuelle ainsi que les motivations et les caractéristiques de son utilisation comme arme de guerre. La seconde et la troisième section présenteront respectivement l'état des connaissances en ce qui concerne les effets de la violence sexuelle (liée ou non aux conflits armés) sur la santé reproductive et mentale et les relations qui peuvent exister entre ces deux dimensions de la santé des victimes. La dernière section de la revue de littérature présentera l'état des connaissances sur les conséquences sociales de l'expérience d'un acte de violence sexuelle et les arguments qui soutiennent l'étude de ce volet. Elle sera clôturée avec la présentation du cadre de référence qui a guidé la recherche et servi à formuler les hypothèses de travail. Le troisième chapitre exposera les objectifs généraux comme spécifiques de l'étude ainsi que les questions et hypothèses de recherche. Quant au chapitre quatre, il présentera la méthodologie ainsi que la stratégie de recherche utilisées. Le cinquième chapitre présente les trois articles qui ont été publiés en lien avec les objectifs de recherche de l'étude. Pour finir, une discussion générale des résultats obtenus ainsi que les conclusions et les recommandations de l'étude seront respectivement

présentées dans les sixième et septième chapitres. Le chapitre de discussion générale présentera également les implications de la présente étude pour la recherche et l'intervention.

CHAPITRE II : Recension des écrits

2.1. La violence sexuelle

2.1.1. Généralités et prévalence dans le monde

Les différents types de violence sexuelle identifiés peuvent être infligés par un membre de la famille ou par un inconnu. Même si des femmes et des hommes subissent des actes de violence sexuelle quotidiennement, des estimés nationaux et internationaux manquent cruellement en raison d'une absence de bases qui peuvent compiler systématiquement les données (WHO 2002). Cependant, les différentes sources d'information s'accordent sur le fait que les femmes seraient plus à même de subir ce genre de violence que les hommes (Fergusson, Swain-Campbell et al. 2002). L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) reconnaît que tous les chiffres disponibles sont basés sur des déclarations individuelles et peuvent donc par conséquent ne pas correspondre à la réalité.

La proportion de femmes de différentes villes ou provinces à travers le monde qui rapportent avoir été victime de violence sexuelle au moins une fois dans leur vie (incluant les tentatives d'agression) varie entre 15.3% à Toronto (Canada), 21.7% à León (Nicaragua), 23% à Londres (Grande Bretagne) et 25% dans une province du Zimbabwe (WHO 2002). Par ailleurs, une enquête nationale menée aux États-Unis rapporte que 14.8% des femmes de plus de 17 ans ont déclaré avoir été violées dans leur vie (avec un supplément de 2.8% ayant subi une tentative de viol). Selon les données d'une autre étude américaine, la proportion de femmes ayant subi un acte de viol complet au cours de leur vie (excluant les tentatives) varie entre 14% et 20% (Heise 1994). Par ailleurs, une enquête sud-africaine réalisée sur un échantillon représentatif de femmes âgées de 18-49 ans dans trois provinces du pays a montré

que, dans l'année précédant le sondage, 1.3% des femmes ont été physiquement ou verbalement contraintes à avoir des rapports sexuels (WHO 2002).

Selon l'Organisation des Nations Unies-Femmes (ONU-Femmes), des millions de femmes sont exposées à d'autres formes de violence sexuelle. Plus de 64 millions de filles et adolescentes sont en couple dans le monde et environ 40% de celles âgées de 20 à 24 ans ont affirmé s'être mariées avant l'âge de 18 ans (ONU 1990). De nombreuses filles et femmes sont également victimes d'esclavage moderne. Au niveau mondial, les filles/femmes représentent 98% de l'ensemble des victimes d'exploitation sexuelle (OIT 2012). Par ailleurs, environ 140 millions de filles et femmes auraient subi des mutilations génitales dans le monde, la plus courante étant l'excision (OMS 2012).

Les deux prochaines sections présenteront les chiffres qui se rapportent à la prévalence des formes les plus courantes et les plus documentées de la violence sexuelle : l'abus sexuel pendant l'enfance et la violence sexuelle conjugale (Intimate partner violence).

2.1.2. L'abus sexuel pendant l'enfance

Des enquêtes nationales aléatoires conduites au Canada, aux Pays-Bas et aux États-Unis révèlent qu'entre 27% et 34 % des femmes interviewées ont été sexuellement abusées pendant leur enfance (Heise 1994). Par ailleurs, d'autres études menées auprès d'adultes sur la prévalence d'abus sexuel pendant l'enfance rapportent chez les hommes des taux de prévalence de l'ordre de 1% en utilisant une définition plus restreinte de l'abus sexuel (contact sexuel impliquant la force ou la contrainte) et de 19% avec une définition plus large (WHO

2002). Chez les femmes, les proportions respectives de prévalence à vie de la victimisation sexuelle vont de 0,9% avec la définition restreinte à 45% quand la définition utilisée est beaucoup plus large (WHO 2002). Aussi, les résultats rapportés dans les études internationales menées depuis 1980 révèlent une prévalence moyenne de victimisation sexuelle pendant l'enfance de 20% chez les femmes et de 5 à 10% chez les hommes (WHO 2002). Ce ratio de prévalence homme/femme est présent dans la plupart des pays du monde avec deux fois plus de victimes de sexe féminin que masculin, toutes catégories d'âge confondues.

Dans de nombreux pays, les agresseurs sexuels d'enfants, que ce soit pour les victimes de sexe féminin ou masculin, sont majoritairement des hommes (WHO 2002). Ainsi, les hommes seraient responsables de 90% des actes de violence sexuelle commis à l'égard des femmes, et de 63% à 86% de ceux commis à l'égard des hommes (WHO 2002).

2.1.3. La violence conjugale

La violence conjugale existe dans tous les pays, peu importe le groupe social, économique, culturel ou religieux. Une des formes les plus courantes de violence sexuelle contre les femmes est perpétrée par un mari ou un partenaire intime, un contraste frappant avec la situation des hommes, qui en général sont beaucoup plus susceptibles d'être attaqués par un étranger ou par une connaissance plutôt que par un proche (Heise, Pitanguy et al. 1994, WHO 2002). Bien que les femmes puissent être violentes dans leurs relations avec les hommes, que ce problème existe aussi dans les couples homosexuels, le poids écrasant de la violence conjugale est supporté par les femmes aux mains des hommes (WHO 1997, Heise, Ellsberg et al. 1999, WHO 2002).

Selon les données de 48 enquêtes populationnelles effectuées de par le monde, le pourcentage de femmes agressées par un partenaire (rapport sexuel forcé) au cours des 12 mois précédents l'entrevue varie de 3% ou moins des femmes ayant déjà eu un partenaire en Australie, au Canada et aux États-Unis; à 27% des femmes ayant déjà eu un partenaire dans León (Nicaragua); à 38% des femmes mariées en République de Corée; et à 52% des femmes palestiniennes actuellement mariées en Cisjordanie et dans la bande de Gaza (WHO 2002). Par ailleurs, une étude effectuée en Iraq dans deux régions voisines – district de Ankawa avec une culture chrétienne et ville de Erbil avec une culture musulmane – montre des prévalences respectives de violence sexuelle conjugale de 8% et 10.8% (Al-Tawil 2012).

Les chiffres précédemment rapportés dans cette section montrent une grande variabilité de prévalence des formes de violence sexuelle, jusqu'à 17 fois plus prévalent dans les pays en développement ou dans ceux où la situation politique est instable (3% en Australie, au Canada et aux États-Unis versus 52% en Cisjordanie et dans la bande de Gaza). Ceci démontre que l'ampleur de la violence sexuelle est avant tout liée à l'environnement et au contexte social. Dans la section suivante, nous présenterons les différents facteurs (personnels, socioculturels, etc.) qui vont favoriser le recours à la violence faites aux femmes, et en particulier la violence sexuelle.

2.1.4. Violence sexuelle, phénomène de société

La violence sexuelle est perpétrée dans tous les pays qu'ils soient développés ou non et dans tous les milieux socioéconomiques. Cependant, la différence de prévalence observée entre les pays et les milieux socioéconomiques indique que le phénomène est plus prévalent dans un

contexte où les lois, les normes/valeurs sociales comme culturelles la tolèrent. Ainsi, selon Russo et al. (2006), les structures sociales peuvent elles-mêmes refléter des relations inévitables entre les sexes, ce qui peut servir à maintenir la légitimité de la violence exercée par les hommes (Russo and Pirlott 2006). Cette situation a été remarquée dans plusieurs pays d'Afrique, d'Asie et d'Amérique Latine concernés par l'enquête multi-pays de l'OMS. Ainsi, une proportion élevée des femmes enquêtées ont déclaré acceptable qu'une femme se fasse battre si elle n'effectue pas les tâches ménagères, désobéit à son mari ou pire encore, si elle est infidèle (Garcia-Moreno, Heise et al. 2005). Dans ces mêmes pays, la femme n'est pas autorisée à refuser une relation sexuelle à son mari si elle n'en n'a pas envie ou s'il est saoul mais seulement quand elle est malade et un peu moins rarement s'il la maltraite (Garcia-Moreno, Heise et al. 2005). Les normes sociales peuvent également empêcher la femme de rapporter la situation d'abus sexuel vécue ce qui limite l'accès au support et aux interventions disponibles (Hussain and Khan 2008).

Selon Russo et al. (2006), plusieurs chercheurs commencent aussi à se pencher sur le fait que la violence sexuelle conjugale repose sur des hypothèses de droit et de privilège masculin et fonctionne comme une forme de contrôle social qui maintient la femme dans un statut social et politique subalterne (Russo and Pirlott 2006). Ainsi, les hommes qui associent leur masculinité au besoin de contrôler et dominer leur partenaire ont plus de chance d'être abusifs. Par contre, dans les sociétés développées, certains chercheurs suggèrent que c'est plutôt la représentation des femmes comme des objets sexuels par les médias (puissantes forces culturelles) qui les rend plus à risque d'expériences d'abus – harcèlements, rapport sexuels forcés, etc. – (Russo and Pirlott 2006).

Heise (1998), quant à elle, soutient que toutes les formes de violence faites aux femmes sont des phénomènes multi-facettes dont l'origine est ancrée dans une interaction complexe entre des facteurs personnels, situationnels et socioculturels (Heise 1998). Les facteurs personnels qui vont inciter quelqu'un à être violent incluent le fait d'avoir été témoin de la violence pendant l'enfance, d'avoir été abusé pendant l'enfance, d'avoir un père absent ou distant, etc. (Heise 1998). De plus, il a été démontré que les enfants exposés à la violence entre leurs parents ont plus de probabilité de justifier son utilisation dans leurs relations à l'adolescence (Lichter and McCloskey 2004). Aussi, une étude sud-africaine sur les conséquences de l'apartheid a observé une association significative entre la perpétration d'actes de violence sexuelle conjugale et l'exposition antérieure des hommes à des atteintes majeures aux droits humains (OR=2.4), des atteintes aux droits humains pendant une détention (OR=6.6) et le fait d'être témoin de la victimisation de proches (Gupta, Reed et al. 2012). Les facteurs situationnels se rapportent à la présence de dominance masculine dans la famille, de contrôle masculin des biens dans la famille, de conflits maritaux et de problème d'abus d'alcool (Heise 1998). Par ailleurs, le chômage ou un niveau socioéconomique bas et l'isolation de la femme par rapport à sa famille constituent des facteurs sociaux qui vont également encourager l'utilisation de la violence par son partenaire (Heise 1998). Quant aux facteurs culturels (macro-système), ils constituent l'ensemble des valeurs et croyances culturelles qui influencent et informent tous les autres facteurs qui conditionnent l'utilisation de la violence. Il s'agit des facteurs tels que : la notion de masculinité liée à la dominance; la force ("toughness") et l'honneur; les rôles liés au genre; le sens du droit masculin (droit de propriété sur les femmes); l'homologation du châtement corporel des femmes; et les croyances culturelles qui tolèrent la violence comme moyen de résolution des conflits interpersonnels

(Heise 1998). L'effet de la culture sur la prévalence de la violence faites aux femmes, et plus spécifiquement sur celle de la violence sexuelle dans les couples, a été récemment évalué dans une étude iraquienne (Al-Tawil 2012). Les prévalences de violence sexuelle et/ou physique conjugale dans deux régions voisines, l'une de culture chrétienne et l'autre de culture musulmane, étaient significativement différentes ($p=0.007$). Ainsi, les femmes mariées de culture musulmane avaient 2.6 fois plus de probabilité de rapporter un acte de violence physique et/ou sexuelle que celles de culture chrétienne. À la différence de Russo et al. (2006), Heise (1999) propose un cadre plus complet qui considère tous les facteurs qui expliquent l'utilisation de la violence envers les femmes y compris les normes sociales. En effet, même si les facteurs socioculturels jouent un rôle déterminant, d'autres interviennent également dans la décision finale d'avoir recours à la violence pour résoudre un problème.

En comparaison à celle perpétrée en temps de stabilité politique, la violence sexuelle utilisée comme arme de guerre présente des particularités en termes de fréquence, d'ampleur et de motivations. La prochaine section présentera une brève historique de l'utilisation de la violence sexuelle comme arme de guerre, quelques chiffres et finalement le rationnel dans le recours à une telle stratégie pendant un conflit armé.

2.1.5. Violence sexuelle utilisée comme arme de guerre

2.1.5.1. Généralités

L'utilisation de la violence sexuelle comme arme de guerre est un phénomène qui remonte au temps de l'Ancienne Grèce, de l'Ancienne Rome et même à celui des conflits hébreux (Hynes, Robertson et al. 2004) et ce, même si l'attention de la communauté internationale n'a été

attirée sur cette problématique que durant les deux dernières décennies. L'intérêt pour la violence sexuelle utilisée comme arme de guerre est donc assez récent avec quelques études qui ont été conçues pour mesurer sa prévalence, comprendre le rationnel d'y avoir recours et évaluer ses conséquences sur les plans sanitaire et social.

Ce n'est que récemment que le crime de violence sexuelle perpétrée durant un conflit a été reconnu dans la loi internationale comme un acte de violence basée sur le genre (Chun and Skjelsbæk 2010). En effet, pendant longtemps, elle a été perçue comme un sous-produit des conflits plutôt qu'un acte criminel (Chun and Skjelsbæk 2010). La violence sexuelle a été largement utilisée comme arme de guerre pendant le génocide arménien de 1915, la Seconde Guerre Mondiale et la guerre civile en Chine, le morcellement de l'Inde et la création du Pakistan et la guerre de libération du Bangladesh en 1971 (Leatherman 2011). Cette forme de violence prévalait également durant mais aussi après la Guerre Froide (incluant la Guerre de Corée, du Vietnam et du Cambodge), les guerres et conflits d'Amérique Centrale et Latine, en Haïti et les conflits et guerres civiles de plusieurs pays africains – Angola, Djibouti, Rwanda, Libéria, Mozambique, Sierra Léone, Somalie, Soudan, RDC – (Leatherman 2011).

Même si les filles et femmes constituent une cible de choix quand il en vient au viol de masse, les garçons et les hommes peuvent également être ciblés surtout dans les cas d'emprisonnement et de recrutement forcé dans les milices (Bastick, Grimm et al. 2007, Chun and Skjelsbæk 2010, HSR-Group 2012). Les actes de violence sexuelle en temps de conflit peuvent être perpétrés par les membres de l'armée officielle et des forces de l'ordre, les membres des groupes paramilitaires et milices mais aussi par des civils incluant les réfugiés et

les déplacés de guerre (Bastick, Grimm et al. 2007, Chun and Skjelsbæk 2010, HSR-Group 2012). Par ailleurs, même si la majorité des agressions sexuelles en temps de conflit sont perpétrées par des hommes, les femmes peuvent aussi infliger ce genre de violence, un point qui est rarement mentionné (HSR-Group 2012).

2.1.5.2. Types d'actes de violence sexuelle perpétrés en temps de conflit

Les types d'actes de violence sexuelle que les victimes déclarent avoir subis pendant les conflits ne sont que le reflet du contexte dans lequel ils sont perpétrés. Concernant les femmes, les actes suivants perpétrés en bande organisée ou non sont rapportés (HSR-Group 2012) :

- Viols et tortures, souvent devant les maris et les enfants. Les viols sont perpétrés avec pénétration sexuelle ou encore en utilisant des objets tels que des fusils, couteaux et autres;
- Imprégnation forcée : femmes séquestrées et violées sur plusieurs jours jusqu'à ce qu'elles deviennent enceintes;
- Mutilation génitale : organes génitaux brûlés ou endommagés avec des objets tranchants;
- Stérilisation forcée et avortement sous la contrainte : coups et blessures pour provoquer des fausses couches chez les femmes enceintes, fœtus arrachés des ventres, utérus perforés avec des coups de fusils ou d'autres objets tranchants;
- Prostitution forcée/Esclavage sexuel : femmes enlevées pour servir de ménagère et d'esclave sexuelle dans les camps des milices.

Les cas de violence sexuelle rapportés chez les hommes font état de viols en bande organisée ou non avec l'utilisation ou non d'objets (HSR-Group 2012).

2.1.5.3. *Quelques chiffres sur la violence sexuelle en temps de conflit*

La violence sexuelle perpétrée en temps de conflit fait systématiquement référence aux agressions perpétrées par les personnes armées et les civils envers des inconnus (HSR-Group 2012). Pourtant, le rapport sur la sécurité humaine de 2012 (Human Security Report) mentionne que la violence sexuelle domestique est bien plus fréquente en temps de conflit (HSR-Group 2012). Il existe par contre un consensus sur le fait que la prévalence de violence sexuelle en temps de conflit est bien supérieure à celle mesurée pendant un contexte de paix (Hynes, Robertson et al. 2004).

Il est difficile d'obtenir des chiffres de la prévalence de la violence sexuelle en temps de conflit à cause de l'absence d'un système de détection et de déclaration de l'information (Kivlahan and Ewigman 2010). Cependant, des études transversales ont permis de les estimer dans quelques pays qui ont vécu des conflits. On estime que, jusqu'à 500 000 femmes ont été violées pendant le génocide rwandais et 60 000 durant la guerre de Bosnie & Herzégovine (Leatherman 2011). Pour la guerre de Bosnie & Herzégovine, d'autres publications font état d'un nombre de femmes violées qui varie entre 25 000 et 50 000 (Snyder, Gabbard et al. 2006).

En RDC (notre terrain d'étude), des actes de violence sexuelle sont rapportés en plus grand nombre depuis bientôt deux décennies. Après une brève présentation du pays ainsi que de son contexte sociopolitique et sanitaire, nous parlerons du statut de la femme dans la société congolaise et des implications en termes de violence basée sur le genre, en particulier la violence sexuelle.

2.1.6. Contexte de la République Démocratique du Congo

2.1.6.1. *Situation géographique, contexte sociopolitique et origines du conflit armé*

Avec ses 65.8 millions d'habitants selon les estimations de 2007, la RDC (Ex-Zaïre ou Congo Belge) représente l'un des plus grands et riches pays d'Afrique subsaharienne. Situé en Afrique centrale, il occupe une superficie de 2 345 409 km² et partage des frontières avec 9 pays, à savoir : la République du Congo et l'Angola à l'Ouest; la République Centrafricaine et le Soudan au Nord; l'Ouganda, le Rwanda, le Burundi et la Tanzanie à l'Est; la Zambie au Sud-Est et l'Angola au Sud (Ministère and Macro 2008). Le pays compte environs 250 ethnies réparties en groupes et a été colonisé par les Belges. Il est subdivisé en 11 provinces dont celle de Kinshasa (ville, capitale et province) renfermant à elle seule près de 8 millions d'habitants (Ministère and Macro 2008). En dehors du Français qui est la langue officielle, il existe quatre langues nationales parlées dans différentes régions : le Kikongo à l'Ouest, le Lingala (Kinshasa et Nord-Ouest), le Tshiluba (Centre Sud), et le Swahili à l'Est (Ministère and Macro 2008).

Depuis son accession à l'indépendance en 1960, la RDC a connu une situation politique très instable avec plusieurs périodes qui ont notamment marqué son histoire. La première s'étend de 1960 à 1965 et est caractérisée par des luttes entre partis politiques sur des bases régionales ou tribales, conflits qui auraient coûté la vie à près de 2 millions de citoyens (Ministère and Macro 2008). Cette période d'instabilité s'est terminée avec le coup d'état réalisé par le colonel Mobutu Sese Seko appuyé par la Belgique, la France et les États-Unis (Leclerc 2012). Ce coup d'état marque le début d'un régime totalitaire de type présidentiel, caractérisé par de

fortes oppressions, un favoritisme des personnes issues de la région du président et une mauvaise redistribution de la richesse et des ressources du pays (Leclerc 2012). Ce régime prend fin en 1997 après les travaux de la conférence nationale souveraine qui ont lancé le processus démocratique dont le blocage a occasionné un nouveau désordre sociopolitique (Ministère and Macro 2008). Il faut également noter qu'au début des années 90, le président Mobutu était devenu très impopulaire et que plusieurs autres décisions administratives remettant en cause la légitimité de la citoyenneté de ressortissants de l'ethnie "Banyamulengé" ont contribué à déclencher d'autres rébellions en octobre 1996 (Leclerc 2012). En 1996, Laurent-Désiré Kabila (Kabila 1^{er}) fut désigné par les présidents ougandais, rwandais et burundais, tous alliés des États-Unis, pour occuper la succession de Mobutu (Braeckman 2012, Leclerc 2012). Une année plus tard, la rébellion dirigée par ce dernier et militairement assistée par l'Ouganda, le Rwanda, le Burundi et l'Angola, entra dans Kinshasa et chassa le président Mobutu (Leclerc 2012). Malheureusement, la prise de pouvoir par Kabila, ne s'est pas soldée par de grands changements. Malgré la guerre civile qui continue, il adopte des méthodes de gouvernance similaires à celles de Mobutu et nomme à des postes stratégiques des personnes originaires des pays africains alliés qui l'ont militairement soutenu (Leclerc 2012). Le conflit armé qui ronge le pays par intermittence depuis 1996, a ensuite pris une autre ampleur lorsque ce dernier se retourne contre ses alliés (Ouganda, Rwanda et Burundi) qui occupaient encore le nord et l'est du pays en 1998 (Braeckman 2012, Leclerc 2012). Le Rwanda et l'Ouganda ont réagi en envahissant le pays et en s'alliant avec une branche rebelle des Forces armées congolaises (FAC), le Rassemblement Congolais pour la Démocratie (RCD), basée à Goma dans la province du Nord-Kivu et Bukavu dans la province du Sud-Kivu (Leclerc 2012). Ces deux provinces sont les plus affectées par le conflit armé

puisqu'elles ont abrité la plupart des affrontements entre le RCD, les FAC et les autres groupes armés impliqués dans le conflit. Très rapidement, une partition effective du pays s'observe avec l'Est contrôlé par la rébellion (Braeckman 2012). En plus du Rwanda, de l'Ouganda, de l'Angola, du Zimbabwe et de la Namibie, le Burundi, le Tchad, le Soudan et l'Érythrée seraient impliqués dans ce conflit (Leclerc 2012). Malgré les différents accords qui ont été signés depuis 1998, le conflit armé continue encore avec de lourdes conséquences surtout pour les populations de l'Est.

2.1.6.2. *Situation socio-sanitaire*

Depuis le début des années 1970, l'économie congolaise connaît une situation de crise aigüe caractérisée par une croissance négative, une instabilité monétaire qui a sérieusement affecté le pouvoir d'achat de la population (Ministère and Macro 2008). La pauvreté a pris de l'ampleur et de grandes disparités existent également dans la société. La destruction et le manque d'entretien des infrastructures, le nombre élevé de sinistrés et victimes en grande majorité à cause du conflit armé, ne fait qu'exacerber cette situation de précarité (Ministère and Macro 2008).

Selon l'OMS³, l'espérance de vie à la naissance en RDC serait de 48 ans chez les hommes et de 51 ans chez les femmes. Le quotient de mortalité chez les 18 à 60 ans serait respectivement de 411 et 358 pour 1000 chez les hommes et les femmes. Selon les résultats de la dernière enquête démographique de santé (EDS), le taux d'alphabétisation varie aussi selon le sexe, les femmes étant plus désavantagées. Les proportions pondérées font état de 21% des femmes

³ <http://www.who.int/countries/cod/fr/>

congolaises enquêtées qui n'ont aucune instruction contre 5% des hommes (Ministère and Macro 2008). Les proportions pondérées de femmes et d'hommes qui ont atteint le niveau secondaire sont respectivement de 38% et 58%. Pour le niveau universitaire il existe également un écart, à raison de 3% chez les femmes contre 6% chez les hommes. Malgré toutes ses richesses, en termes d'indice de développement humain⁴, la RDC a été classée 186^e sur les 186 pays évalués.

Toujours selon les données de l'OMS⁵, en 2011, les dépenses totales s'élèvent à 32\$ par habitant et les dépenses totales consacrées à la santé représentent 8.5% du PIB. Comme dans plusieurs pays de l'Afrique subsaharienne, l'accès au système de santé est conditionné par le paiement de frais d'usagers en raison d'une faible contribution de l'état au budget de fonctionnement des structures de santé. Les taux de mortalité maternelle sont également des plus élevés dans la région subsaharienne avec 549 décès pour 100 000 naissances vivantes pour la période de 2002 à 2006 (Ministère and Macro 2008). Par ailleurs, sur 1000 naissances vivantes, 92 nouveau-nés décèdent avant un an et 62 avant l'âge de 5 ans, soit 1/7^e des enfants qui ne survivent pas jusqu'à 5 ans (Ministère and Macro 2008). Sur le plan reproductif, la plupart des femmes se marient très jeunes et le niveau de fécondité est élevé. L'indice synthétique de fécondité⁶ à l'échelle nationale est de 6.3, avec 5.4 dans les zones urbaines versus 7.0 dans les zones rurales (Ministère and Macro 2008).

⁴ http://hdr.undp.org/en/media/HDR_2013_FR.pdf

⁵ <http://www.who.int/countries/cod/fr/>

⁶ Nombre moyen d'enfants vivants qu'aurait une femme en fin de vie féconde dans les conditions de fécondité actuelle.

2.1.6.3. Statut de la femme dans la société congolaise et ampleur de la violence sexuelle

a. Statut de la femme

En RDC, la femme ne jouit pas d'un bon statut comme le soulignent plusieurs des indicateurs mesurés par la dernière EDS du pays (Ministère and Macro 2008). Même si les femmes représentent la source majeure de support pour les foyers en RDC (Kippenberg 2002), elles ne sont pas très impliquées dans la prise de décisions concernant le foyer (Ministère and Macro 2008). Très peu de femmes sont impliquées dans les décisions concernant les grosses dépenses du ménage, les visites à leurs familles/parents et même celles concernant leur propre état de santé. Dans l'ensemble, 22% des femmes en union ont déclaré avoir participé à la prise de décision sur les points énumérés et 17% ont déclaré ne participer à aucune décision. Ces proportions varient selon les caractéristiques sociodémographiques, les femmes qui exercent un travail rémunéré, qui ont atteint un niveau d'étude supérieur et qui vivent en milieu urbain étant plus impliquées dans la prise de décision. Par ailleurs, 72% et 57% des femmes sont impliquées dans la décision concernant, respectivement, la composition des repas quotidiens et les achats des besoins quotidiens du ménage. Ceci n'est, entre autres, que le reflet du fait que traditionnellement, les activités ménagères sont dévolues aux femmes.

Un autre élément qui reflète la place accordée à la femme dans la société est relié au comportement du conjoint. Plus des trois quarts des femmes interrogées (76%) pensent qu'un mari/partenaire peut battre sa femme lorsqu'elle brûle la nourriture, se dispute avec lui, sort sans l'informer, néglige les enfants ou encore refuse d'avoir des rapports sexuels. La proportion des femmes qui pensent ainsi est plus élevée lorsque le niveau d'éducation est bas

et dans le milieu rural. Dans la même veine, seulement 22% des femmes interrogées ont indiqué que les femmes avaient le droit de refuser un rapport sexuel avec leur mari/partenaire. Un autre indicateur de l'autonomie des femmes est le contrôle qu'elles exercent sur le revenu du ménage. Toujours selon l'EDS (2007), seulement 25% des femmes décident seules des fins auxquelles seront utilisées leur revenu et 28% des maris décident seuls de la façon dont il faut l'utiliser.

En résumé, la femme congolaise ne bénéficie pas d'un pouvoir de décision élevé, et ses obligations semblent se résumer à la préparation des repas et au soin des enfants. Elle ne bénéficie pas non plus d'une grande autonomie que ce soit pour décider de ses besoins ou d'exprimer ses désirs.

b. Ampleur de la violence sexuelle

La situation de la violence sexuelle domestique n'est que le reflet du statut accordé à la femme congolaise. Selon l'EDS (2007), 12% des femmes interrogées ont vécu de la violence pendant leur grossesse et 71% ont subi des actes de violence émotionnelle, physique et/ou sexuelle. Plus spécifiquement, 31% des femmes qui ont déjà été mariées ou en couple ont déclaré avoir subi des actes de violence sexuelle de la part de leur mari/conjoint. En termes de fréquence de la violence conjugale, les femmes des provinces du Nord-Kivu (52%) et Sud Kivu (47%) sont celles qui rapportent en plus grande proportion avoir été victimes de violence sexuelle plus de 5 fois dans les douze mois précédant l'enquête.

La guerre et les conflits armés ont contribué à augmenter les cas de violence sexuelle en RDC. La plus récente EDS du pays rapporte qu'une femme enquêtée sur 10 a déclaré que son premier rapport sexuel était forcé. Un peu plus de femmes (16%) ont déclaré avoir subi un acte de violence sexuelle au cours de leur vie. Par rapport aux provinces, les femmes du Nord-Kivu (24.8%) sont celles qui ont le plus déclaré avoir subi des actes de violence sexuelle au cours de leur vie. Le nombre de femmes qui ont rapporté avoir subi la violence sexuelle augmente avec le niveau d'éducation (Ministère and Macro 2008). Au niveau national, depuis le début du conflit de la RDC, 200 000 filles et femmes auraient été violées surtout dans l'Est du pays (Kippenberg 2002). En 2008, dans la province du Sud-Kivu, 16 000 viols ont été répertoriés (Kivlahan and Ewigman 2010). Toujours au Sud-Kivu, un organisme humanitaire qui offrait des soins aux victimes de violence sexuelle a assisté 20 517 femmes entre 2005 et 2007 (Steiner, Benner et al. 2009, Peterman, Palermo et al. 2011).

Que ce soit en RDC ou dans les autres pays en proie aux conflits, des raisons/motivations supportent la décision d'un groupe armé de recourir ou non à l'utilisation de la violence sexuelle comme arme de guerre. Dans la section qui suit nous présenterons l'état de la littérature concernant ces raisons ou motivations.

2.1.6.4. Rationnel de l'utilisation de la violence sexuelle comme arme de guerre

Même si les actes de violence sexuelle sont également perpétrés en temps de paix, le rationnel et les motivations de son utilisation comme arme de guerre sont différents. Selon Bastick et al. (2007), les viols de masse peuvent être délibérément utilisés comme une stratégie militaire alors qu'ils peuvent aussi être le résultat d'une mauvaise organisation ou d'un manque de

discipline (Bastick, Grimm et al. 2007). Quelques travaux ont tenté de comprendre ce qui peut motiver l'utilisation de la violence sexuelle comme arme de guerre.

Dans certains conflits armés – par exemple, ceux du Rwanda et des États de l'ex-Yougoslavie – le viol a été utilisé comme une stratégie délibérée visant à subvertir les liens familiaux et communautaires au sein du camp ou groupe perçu comme ennemi, et par extension comme un outil de "nettoyage ethnique" (WHO 2002, Diken and Laustsen 2005, Snyder, Gabbard et al. 2006, Thomas 2007, Stark and Wessells 2012).

Par contre dans d'autres contextes, les violences sexuelles représentent une tactique militaire délibérée pour faire passer les convictions politiques, économiques, sociales ou encore religieuses du groupe ou camp qui en fait usage (Milillo 2006, Buss 2009, Stark and Wessells 2012). Wood (2009) abonde dans le même sens puisque ses travaux montrent que l'utilisation des violences sexuelles comme arme de guerre n'est pas systématique (Wood 2009). Selon ses résultats, cette stratégie de combat n'est pas adoptée si : les leaders des groupes armés la jugent comme contreproductive et si la hiérarchie est suffisamment forte pour imposer ses convictions; si l'objectif à long terme de la rébellion est de prendre le pouvoir; si les membres du groupe armé sont soumis aux règles juridiques internationales; et si les normes et pratiques individuelles sont similaires à celles promues par le groupe (Wood 2009).

L'utilisation de la violence sexuelle comme arme de guerre peut également être le résultat de l'expression du machisme et des normes basées sur le genre (Stark and Wessells 2012). Dans ce cas, elle permet aux individus qui l'utilisent d'exhiber leur masculinité et de prouver leur

appartenance au groupe armé en dominant et détruisant les femmes (considérées comme inférieures) au même titre que les hommes "faibles" (Stark and Wessells 2012).

Pour finir, en RDC par exemple, l'utilisation de la violence sexuelle comme arme de guerre est en partie motivée par des croyances culturelles spécifiques (Bastick, Grimm et al. 2007). En effet, un des groupes armés impliqués dans le conflit a reconnu qu'il commettait ses actes parce qu'il était convaincu que le viol d'une vierge donnait des pouvoirs magiques incluant l'invincibilité (Bastick, Grimm et al. 2007).

Les généralités et les facteurs conditionnant le recours à la violence sexuelle ayant été abordés, nous présenterons dans les prochaines sections l'état de la littérature sur les conséquences sanitaires comme sociales de la violence sexuelle. Les effets de l'expérience d'un acte de violence sexuelle sur différents aspects de santé seront d'abord abordés. Par la suite, l'impact social de l'expérience de la violence sexuelle sera discuté. Les effets de la violence sexuelle, qu'elle soit perpétrée ou non en temps de conflit armé seront tous les deux présentés conformément aux publications identifiées lors de la revue de littérature.

2.2. Effets de la violence sexuelle sur la santé des victimes

La recherche des effets de la violence sexuelle est assez complexe en raison de la définition de la problématique. Le fait que plusieurs actes soient catégorisés sous l'appellation violence sexuelle (viols & abus sexuels, attouchements, prostitution forcée, mutilations génitales, etc.) amène souvent les chercheurs à considérer un aspect de la violence selon leur champ d'intérêt disciplinaire de recherche. Cette section présentera l'état des connaissances selon les

catégories de problème de santé d'intérêt (santé physique, santé reproductive, santé mentale) et ensuite les conséquences de la violence sexuelle au niveau social.

2.2.1. Exposition à la violence sexuelle et la santé physique

Les effets de la violence sexuelle sur la santé physique sont présentés dans ce travail même si cet aspect n'a pas été spécifiquement évalué dans la thèse et ce, principalement parce qu'il est apparu important de dresser un tableau complet des effets de la violence sur les différents aspects de la santé. Par ailleurs, l'éventail des effets de la violence sexuelle sur la santé physique montre également qu'un tel acte peut affecter les victimes au delà de l'aspect d'intégrité corporelle, ce qui justifie l'importance d'étudier l'impact du problème sous tous les angles concernés.

La revue de littérature permet de conclure que la violence sexuelle a des effets négatifs sur la santé physique. Les travaux antérieurs à cette thèse ont démontré qu'elle affecte l'intégrité physique des victimes en occasionnant des symptômes somatiques, des troubles musculo-squelettiques, et des troubles respiratoires (Heise, Pitanguy et al. 1994, Leserman, Li et al. 1998, Campbell, Lichty et al. 2006). L'expérience de violence sexuelle a également été associée aux maux de tête récurrents (Campbell, Jones et al. 2002, Gass, Stein et al. 2010), à une tension artérielle élevée (Gass, Stein et al. 2010), aux maux de dos et à des problèmes digestifs (Campbell, Jones et al. 2002). Par ailleurs, puisqu'elle s'accompagne souvent de violence physique, elle entraîne des blessures corporelles dont la gravité varie en fonction de la force de l'agression (Salam, Alim et al. 2006). L'estimation du nombre d'années

d'incapacité ajusté (Disability Adjusted Life Year – DALY⁷) indique que, dans le monde, le viol et la violence domestique occasionnent une perte de 9.5 millions d'années de vie (Heise 1994). Selon ces mêmes estimations, le viol et la violence conjugale occasionneraient plus de préjudice que le cancer (tous sites confondus), la guerre ou encore le paludisme (Heise 1994).

2.2.2. Exposition à la violence sexuelle et la santé reproductive

2.2.2.1. Généralités

De tous les actes répertoriés sous l'appellation violence sexuelle, la majorité des études ont investigué l'effet des violences commises par les partenaires sur la santé reproductive. Sur le plan médical, la santé reproductive se définit par rapport aux événements reliés à la reproduction des individus comme : le planning familial, le déroulement sécuritaire de la grossesse et de la période post-partum, les infections et cancers de l'appareil reproducteur, les infections transmissibles sexuellement (ITS), la nutrition maternelle et infantile, les mutilations de l'appareil génital, et l'infertilité (Begum 1999).

Plusieurs problèmes de santé reproductive ont été associés à l'exposition à la violence sexuelle. Elle serait associée à une augmentation de la fréquence des douches vaginales (Weisman, Grimley et al. 2007); de la prévalence des fistules traumatiques (Buambo-Bamanga, Oyere-Moke et al. 2005, Thomas 2007), des hémorragies pendant la période de gestation (Janssen, Holt et al. 2003, Salam, Alim et al. 2006, Moraes, Reichenheim et al. 2009), des douleurs pelviennes chroniques (DPC) (Chapman 1989, Schei and Bakketeig 1989,

⁷ Mesure du nombre d'années de vie en santé perdues en raison de morbidité liée à un problème de santé ou décès prématuré. On compte un DALY pour chaque année perdue en raison d'un décès prématuré et une fraction de DALY pour chaque année de maladie ou de handicap.

Rapkin, Kames et al. 1990, Toomey, Hernandez et al. 1993, Jamieson and Steege 1997, Collett, Cordle et al. 1998) et du faible poids de naissance des bébés (Parker, McFarlane et al. 1994, McFarlane, Parker et al. 1996, Chambliss 2008, Shah, Shah et al. 2010). Elle est aussi associée à un risque plus élevé d'ITS (Folch-Lyon, de la Macorra et al. 1981, Beitchman, Zucker et al. 1991, Boyer and Fine 1992, Ezeh 1993, Bawah, Akweongo et al. 1999, Dietz, Spitz et al. 1999), de fausses couches (Born, Soares et al. 2006) et de difficultés à allaiter ou à le faire sur la durée habituellement recommandée (Silverman, Decker et al. 2006).

Nous aborderons dans les sections suivantes chacune des issues de santé reproductive qui ont été étudiées en lien avec la violence sexuelle et/ou qui sont d'intérêt dans cette thèse. Après quelques généralités sur chacune des issues de santé reproductive, l'association entre ces dernières et la violence sexuelle sera discutée. Pour finir, les conséquences néfastes de certaines de ces issues pour la santé et la qualité de vie de la femme seront présentées.

2.2.2.2. *Relation entre violence sexuelle et ITS/Comportements de santé*

a. Infections Sexuellement Transmissibles

Les actes de violence sexuelle subis pendant l'enfance, l'adolescence et l'âge adulte exposent directement les femmes aux ITS (incluant le VIH) et aux grossesses indésirables (adolescentes et adultes), principalement à cause de la difficulté à exiger l'utilisation de méthodes contraceptives (Folch-Lyon, de la Macorra et al. 1981, Beitchman, Zucker et al. 1991, Boyer and Fine 1992, Ezeh 1993, Bawah, Akweongo et al. 1999, Dietz, Spitz et al. 1999, McMahon, Goodwin et al. 2000, Campbell, Jones et al. 2002, WHO 2002, Garcia-Moreno, Heise et al.

2005, Salam, Alim et al. 2006, Rafat and Adeel 2008). Ces conclusions sont valables pour les actes de violence sexuelle perpétrés par un partenaire ou encore par un inconnu.

Une étude effectuée au Swaziland (Reza, Breiding et al. 2009), a montré que les femmes de 13 à 24 ans qui ont subi des agressions sexuelles ont jusqu'à quatre (4) fois plus de probabilité d'avoir des ITS, une augmentation qui est statistiquement significative. Selon la même étude, la probabilité d'avoir une grossesse non désirée est trois (3) fois plus élevée dans le groupe des femmes qui ont subi des violences sexuelles. Une étude similaire effectuée chez les 15-19 ans en Ouganda montre que les femmes dont les premiers rapports sexuels ont été forcés ont plus de probabilité de ne pas utiliser les moyens de contraception modernes – OR=2.12, $p<0.05$ – et donc de rapporter leur actuelle grossesse comme non désirée – OR=2.06, $p<0.05$ – (Koenig, Zablotska et al. 2004). Par ailleurs, une étude conduite au Pérou rapporte que 65% des femmes victimes de violence sexuelle dans leur couple ont déclaré que leur grossesse était non désirée (Cripe, Sanchez et al. 2008). Aussi, lorsqu'elles sont comparées aux femmes qui déclarent ne jamais avoir été agressées, celles qui le sont physiquement et sexuellement ont trois (3) fois plus de probabilité de déclarer que leur grossesse était non désirée (Cripe, Sanchez et al. 2008).

Quelques études ont également évalué la prévalence d'ITS chez les femmes dans un contexte de conflit armé pendant lequel des actes de violence sexuelle ont été perpétrés. La première rapporte un pourcentage de séroprévalence de syphilis de 12% chez les femmes déplacées pendant la guerre civile dans une zone rurale du Mozambique (Cossa, Gloyd et al. 1994). Une

autre qui a étudié la santé des déplacées internes⁸ en RDC (Kim, Malele et al. 2009) a montré que les femmes de ce groupe comparées aux riveraines rapportaient plus souvent avoir été victimes de violence sexuelle (11.1% vs 1%). Aussi, la prévalence du VIH dans le groupe des déplacées était deux (2) fois supérieure à celle des femmes riveraines, avec des proportions respectives de 7.6% et 3.1% (Kim, Malele et al. 2009). Cette étude a permis d'établir une relation entre la prévalence de VIH et l'exposition à la VSLC, même si certains auteurs, utilisant des modèles de projection, remettent en cause cette relation (Anema, Joffres et al. 2008). Deux études rétrospectives hospitalières effectuées à Goma et à Bukavu (Est-RDC) ont également rapporté des proportions élevées (entre 3 et 18%) de femmes victimes de VSLC qui ont des ITS incluant : le trichomonas vaginal, la syphilis et le VIH (Longombe, Claude et al. 2008, Mukwege and Nangini 2009). Pour finir, une étude effectuée dans le Nord de l'Ouganda auprès de femmes qui ont subi des actes de VSLC a observé des proportions très élevées de diverses ITS incluant la gonorrhée (60%), la syphilis (52%) et l'herpès génital (29%) (Amone-P'Olak 2005).

b. Comportements de santé

L'effet négatif de l'exposition à la violence sexuelle sur les comportements de santé a été rapporté dans la plupart des cas chez des femmes qui ont été agressées à un jeune âge. Les victimes d'abus sexuel pendant l'enfance, auraient plus de probabilité d'avoir des partenaires multiples ou d'avoir des rapports sexuels avec des partenaires dont elles ne connaissent pas le parcours (Lang, Rodgers et al. 2003); de se prostituer et d'avoir des relations avec des partenaires à risque de VIH (Cunningham, Stiffman et al. 1994, Wingood and DiClemente

⁸ Citoyens des pays en conflit qui ont quitté leurs villes ou provinces en raison des affrontements liés à la guerre mais qui sont restés à l'intérieur du pays

1998); et d'adopter divers comportements à risque pour la santé (Beitchman, Zucker et al. 1991, Boyer and Fine 1992, Dietz, Spitz et al. 1999, McMahon, Goodwin et al. 2000, Rodgers, Lang et al. 2003, Gass, Stein et al. 2010). Chez les femmes ougandaises de 15 à 19 ans dont les premiers rapports sexuels ont été forcés, après ajustement pour les différentes variables sociodémographiques, les probabilités de n'avoir pas utilisé de condom au cours du dernier rapport sexuel et de ne pas utiliser de condom de façon régulière sont respectivement quatre (4) et cinq (5) fois plus élevées (Koenig, Zablotska et al. 2004). Une étude similaire conduite chez les 14-24 ans en Afrique du Sud a constaté que les femmes dont le premier rapport sexuel était forcé étaient plus nombreuses à rapporter n'avoir pas utilisé de préservatif pendant le dernier rapport sexuel et avoir plus que deux (2) partenaires sexuels (Maharaj and Munthre 2007). Aux États-Unis, les collégiennes dont le premier rapport sexuel a été forcé ont plus de probabilité de conduire sous l'influence de l'alcool (OR=1.5), de fumer (OR=2.1), de consommer de grandes quantités d'alcool épisodiquement (OR=1.6) et de consommer de la marijuana (OR=2.0) (Brener, McMahon et al. 1999). Elles ont également plus de probabilité d'avoir consommé de l'alcool ou de la drogue avant le dernier rapport sexuel (OR=2.1) et d'avoir deux (2) partenaires sexuels ou plus au moment de l'étude (Brener, McMahon et al. 1999). Pour finir, Weisman et coll. rapportent que les femmes victimes de violence sexuelle ont environ deux (2) fois plus de probabilité de faire des douches vaginales, comportement qui augmente les risques d'ITS, d'infections génitales et d'issues négatives de grossesse (Weisman, Grimley et al. 2007).

2.2.2.3. *Relation entre violence sexuelle et fistule*

a. La fistule : définition et causes

Les fistules sont des communications anormales entre le vagin et le tractus urinaire (fistule vésico-vaginale) ou entre le vagin et le rectum (fistule recto-vaginale) ou les deux. Elles résultent en une fuite incontrôlable d'urine et/ou de fèces par le vagin (Kabir, Iliyasu et al. 2003, Hinrichsen 2006, Wall 2006). On distingue deux catégories de fistules : obstétricales et traumatiques. Les fistules obstétricales peuvent être le résultat d'un travail avec obstruction prolongée résultant d'un accouchement mal assisté, d'un traumatisme durant un accouchement par césarienne, d'une maladie maligne, d'une blessure chirurgicale (au cours d'une hystérectomie par exemple), ou d'une nécrose causée par le traitement d'un carcinome cervical (Kabir, Iliyasu et al. 2003, Hinrichsen 2006, Wall 2006). Cependant, l'accouchement mal assisté représente la principale cause à l'origine de fistules obstétricales. Une fistule est qualifiée de traumatique lorsqu'elle provient d'une lacération, d'un viol ou encore d'un traumatisme sexuel (Hinrichsen 2006).

Les fistules sont très rares dans les pays développés. Par contre, elles restent une condition résultant couramment de l'accouchement dans les pays en développement (Wall 2006). On estime dans les pays en développement, qu'au moins 3 millions de femmes souffrent de fistules vésico-vaginales et que 30 000 à 130 000 nouveaux cas apparaissent chaque année en Afrique seulement (Wall 2006); les filles qui accouchent à un jeune âge étant les plus à risque (Kabir, Iliyasu et al. 2003, Hinrichsen 2006, Melah, Massa et al. 2007). Les autres facteurs sociodémographiques associés incluent : la taille de la femme (petite), l'analphabétisme, le niveau socioéconomique (bas), l'absence de revenu et l'éloignement par rapport aux structures sanitaires (Melah, Massa et al. 2007).

b. Relation entre violence sexuelle et fistule

Même si la littérature décrit la possibilité d'avoir des fistules dites traumatiques, la relation entre les agressions sexuelles et l'apparition de fistule est encore questionnée puisqu'elles sont encore principalement définies comme une conséquence d'un travail prolongé avec obstruction. La majorité de la littérature trouvée sur le sujet concerne la relation entre la VSLC et les fistules.

En ce qui concerne la relation entre VSNLC et fistule, une étude de cas en Nouvelle Zélande fait état d'un cas de fistule vésico-vaginale résultant d'une agression sexuelle impliquant l'utilisation d'un objet (Carey, Healy et al. 2010). Par ailleurs une étude multi-pays basée sur les données d'EDS du Malawi (2004), du Rwanda (2005), de l'Ouganda (2006) et de l'Éthiopie (2005) a évalué l'effet de la violence sexuelle sur l'incontinence (utilisée comme proxy de la fistule). En fonction des pays, les femmes qui ont subi des violences sexuelles ont entre 1.7 et 3.8 fois plus de probabilité de rapporter un problème d'incontinence que les autres; augmentations statistiquement significatives (Peterman and Johnson 2009).

En ce qui concerne les effets de la VSLC sur les fistules, trois (3) publications originales ont été identifiées. La première conduite par Doctor On Call for Service/Heal Africa à Goma (Nord-Kivu, RDC) sur un échantillon de 4715 filles et femmes qui ont subi des agressions sexuelles entre avril 2003 et juin 2006 a trouvé une prévalence de fistule de 14.9% (Longombe, Claude et al. 2008). Une étude similaire effectuée dans l'hôpital de Panzi (Sud-Kivu, RDC) rapporte une prévalence de fistule similaire (16.3%) parmi les victimes de VSLC entre 1999 et 2006 (Mukwege and Nangini 2009). La troisième étude identifiée (Onsrud, Sjøveian et al. 2008) a été également effectuée dans l'hôpital de Panzi cette fois-ci parmi les

femmes qui ont été traitées pour une fistule entre novembre 2005 et 2007. Les résultats montrent que seulement 4% des fistules ont été causées par une exposition à la VSLC. De plus, la majorité de ces cas de fistule serait plutôt une conséquence indirecte de cet acte (mauvaise prise en charge d'un avortement provoqué par la VSLC, travail prolongé avec obstruction après avoir subi la VSLC) et seulement 0.8% des cas de fistule seraient directement liés à la pénétration forcée avec des objets ou encore au viol collectif (Onsrud, Sjøveian et al. 2008). Les auteurs concluent en disant que les fistules traumatiques sont rares et donc qu'il est peu probable qu'une relation existe entre la VSLC et cette condition.

c. Conséquences médicosociales de la fistule

L'ampleur du phénomène ainsi que ses lourdes conséquences tant au niveau médical que social ont poussé les différentes organisations internationales (incluant l'UNFPA, l'OMS et l'ONU) à déclarer la fistule comme un problème de santé publique (Wall 2006, UN 2012).

Au niveau médical, une fistule non traitée peut entraîner plusieurs problèmes de santé incluant la dermatite vulvaire, l'infertilité, la dyspareunie, l'aménorrhée, les infections du tractus urinaire à répétition et les dysménorrhées (Kabir, Iliyasu et al. 2003, Wall 2006). Elle peut également entraîner une sténose rectale, une incapacité du sphincter anal et une irritation chronique de la peau des parties génitales (Wall 2006).

Socialement, l'impact de la fistule est tout aussi lourd. Les femmes qui souffrent de cette condition sont accusées d'avoir apporté la honte et le déshonneur sur elles-mêmes et sur leurs familles; par conséquent elles sont exclues (Kabir, Iliyasu et al. 2003, Wall 2006, Ahmed and

Holtz 2007, Roush 2009). Selon une étude effectuée au Nigeria auprès des femmes souffrant de fistule, seulement 18% de la population est indifférente à leur condition contre respectivement 53% et 28% qui les rejettent ou expriment de la sympathie envers elles (Kabir, Iliyasu et al. 2003). La plupart sont répudiées par leurs maris et celles qui ne le sont pas perdent quand-même toute forme de soutien de leur part (Kabir, Iliyasu et al. 2003, Wall 2006). Selon une autre étude conduite à l'échelle de l'Afrique, immédiatement après la survenue de la fistule, 14% des femmes étaient répudiées et 42% autorisées à rester au foyer (Ahmed and Holtz 2007). Par contre, lorsque la condition persiste, seulement 11% étaient autorisées à rester au domicile conjugal (Ahmed and Holtz 2007). À cause de l'exclusion, les femmes qui souffrent d'une fistule ne peuvent souvent pas exercer une activité économique (Kabir, Iliyasu et al. 2003, Roush 2009); ce qui les rend encore plus vulnérables.

2.2.2.4. Relation entre violence sexuelle et douleurs pelviennes chroniques

Les DPC sont des douleurs pelviennes non cycliques récurrentes ou constantes dans la région abdominale inférieure qui durent plus de six (6) mois (RCOG 1998, Zondervan and Barlow 2000, Farquhar and Latthe 2006). Cette définition exclut les femmes qui ont des douleurs pelviennes uniquement pendant les menstruations (dysménorrhées) ou encore pendant les rapports sexuels (dyspareunie) (Zondervan and Barlow 2000). Bien que méconnues, les DPC constituent une grande source de morbidité chez les femmes et méritent donc toute attention (Latthe, Latthe et al. 2006). Par contre, cette problématique est plus étudiée dans les pays développés (Latthe, Latthe et al. 2006).

La prévalence des DPC dans la population féminine varie selon les pays. Entre 4% et 43.4% des femmes enquêtées dans différentes études ont rapporté souffrir de DPC (Latthe, Latthe et al. 2006). Aux États-Unis, 15% des 18-50 ans souffriraient de DPC et en Grande Bretagne, 24% des 12-70 ans seraient concernées par ce problème (Zondervan and Barlow 2000, Latthe, Latthe et al. 2006). La prévalence des DPC augmenterait avec l'âge (Zondervan, Yudkin et al. 1999). Contrairement aux fistules, les DPC ont été uniquement étudiées en relation avec la VSNLC.

Dans une étude effectuée au Bangladesh, 80% des femmes victimes de violence sexuelle dans le cadre domestique se sont plaintes de DPC, proportion significativement supérieure à celle des femmes qui n'ont pas subi un tel événement (Salam, Alim et al. 2006). Aussi, Lampe et al. (2000) ont observé qu'une plus grande proportion de femmes souffrant de DPC, comparées à celles qui souffrent de maux de dos ou qui sont en bonne santé, avaient subi un abus sexuel avant l'âge de 15 ans – 22% vs 0% et 0% – (Lampe, Solder et al. 2000). Par ailleurs, une étude américaine effectuée sur un échantillon de 581 femmes abonde dans le même sens en démontrant que l'abus sexuel pendant l'enfance ou à l'âge adulte augmentait de 3.5 fois la probabilité de souffrir de DPC (Jamieson and Steege 1997). D'autres études ont également démontré une relation entre l'abus sexuel ou encore la violence sexuelle domestique et les DPC (Chapman 1989, Schei and Bakketeig 1989, Rapkin, Kames et al. 1990, Toomey, Hernandez et al. 1993, Jamieson and Steege 1997, Collett, Cordle et al. 1998, Farquhar and Latthe 2006, Salam, Alim et al. 2006, Weitlauf, Finney et al. 2008). Contrairement aux autres, une étude conduite dans un centre de référence tertiaire a observé que la prévalence de violence sexuelle dans le groupe de femmes qui souffrent de DPC est la même que dans le

groupe des femmes qui n'en souffrent pas (Fry, Crisp et al. 1993). Selon les recherches sur les mécanismes d'action, l'effet de la violence sexuelle sur les DPC passerait entre autres par une altération de l'axe hypothalamo-hypophysio-surrénalien (hypothalamic-pituitary-adrenal axis) (Heim, Ehlert et al. 1998).

Les DPC représentent une des principales causes de consultation et d'hystérectomie (Heise, Ellsberg et al. 2002). Tout comme les fistules, elles ont des conséquences sociales et économiques non négligeables. Les conséquences psychosociales incluent les troubles d'humeur, la perturbation des activités de loisir ou professionnelles et l'interruption des relations avec les pairs ce qui nuit à la qualité de vie des femmes qui en souffrent (Stones, Selfe et al. 2000). La perturbation des activités professionnelles entraîne aussi une perte de revenu, qui en plus de l'isolement contribue à augmenter la vulnérabilité des femmes qui en souffrent.

2.2.2.5. Relation entre violence sexuelle et fonctionnement sexuel

Le dysfonctionnement sexuel est un problème de santé assez prévalent chez les femmes (Ishak, Low et al. 2010, Ibrahim, Ahmed et al. 2013). Malgré cela peu d'études, surtout au niveau primaire du système de santé, ont évalué sa prévalence et ses déterminants (Ishak, Low et al. 2010). La revue de la littérature a permis d'identifier quelques études qui ont évalué l'effet de la violence sexuelle (domestique ou non) sur le fonctionnement sexuel des victimes. Par contre, aucune d'elles n'a évalué l'effet de la VSLC sur cet aspect de santé reproductive.

L'expérience d'abus sexuels (avec pénétration) a été associée à un mauvais score de fonctionnement sexuel – mesuré avec le «Sexual History Form» qui évalue les fréquences des activités sexuelles, le désir de rapports sexuels, l'orgasme, la douleur et la satisfaction sexuelle – (Leclerc, Bergeron et al. 2010). D'autres auteurs rapportent des résultats similaires avec l'existence d'une association entre l'expérience de violence sexuelle et le dysfonctionnement sexuel (mesure l'absence de plaisir durant les rapports sexuels et l'absence de désir pour les rapports sexuels). Ces études ont pu démontrer que, par rapport aux femmes qui n'ont jamais subi d'agression sexuelle, la prévalence de dysfonctionnement sexuel est plus élevée chez celles qui ont subi un tel acte (Chapman 1989, Golding, Wilsnack et al. 1998, Rodgers, Lang et al. 2003, Randolph, Reddy et al. 2006).

2.2.2.6. *Relation entre violence sexuelle et désir d'enfant*

On entend par désir d'enfant, l'intérêt d'une femme à avoir des enfants peu importe qu'elle en ait déjà ou non. Ce désir serait influencé, entre autres, par le sexe, l'orientation religieuse et les valeurs des individus (Chara and Chara 2003). Dans notre revue documentaire, nous n'avons identifié aucune étude qui a évalué les effets de la violence sexuelle sur le désir d'enfant qu'elle soit liée ou non aux conflits. Certaines études se sont intéressées à la fécondité des populations dans les zones de conflit armé en comparant le taux de natalité dans les camps de réfugiés au taux observé de façon courante dans les mêmes populations avant le début des conflits (McGinn 2000). Les résultats sur la baisse ou non du taux de natalité ont été interprétés selon des facteurs tels que les conditions de vie dans le camp (McGinn 2000), et non en fonction du trauma vécu pendant le conflit qui aurait pu modifier la perception des femmes de l'utilité de la reproduction.

Le désir d'enfant a surtout été étudié dans différents groupes de femmes qui présentaient des problèmes de santé constituant un frein à la conception et/ou à la naissance d'un enfant sain. Ainsi, plusieurs travaux se sont intéressés au désir d'enfant chez les femmes atteintes de VIH (Ntozi 1990, Beyeza-Kashesya, Ekstrom et al. 2010, Caroline, Nathalie et al. 2011, Messersmith, Semrau et al. 2012, Nostlinger, Desjardins et al. 2013) ou encore chez celles qui souffraient d'un cancer (Schover, Rybicki et al. 1999). Dans le premier groupe, certaines désirent avoir des enfants malgré leur séropositivité et cet aspect influençait leurs comportements (ex : absence de port du condom pendant les rapports sexuels). Chez les femmes atteintes de cancer, la majorité des survivantes veulent avoir des enfants dans le futur si elles n'en n'ont pas encore.

2.2.2.7. *Relation entre la violence sexuelle et les issues négatives de grossesse*

L'exposition à la violence sexuelle peut commencer avec la grossesse ou tout simplement prendre de l'ampleur pendant cette période. Dans les deux cas, elle augmenterait de deux (2) fois le risque d'avoir une fausse couche/avortement spontané (Heise, Pitanguy et al. 1994, Garcia-Moreno, Heise et al. 2005, Born, Soares et al. 2006, Johri, Morales et al. 2011). Cependant, de tous les pays concernés par l'enquête multi-pays de l'OMS, l'association entre la violence sexuelle et les fausses couches est moins évidente dans les pays de l'Afrique subsaharienne (Garcia-Moreno, Heise et al. 2005). Par ailleurs, dans une étude effectuée au Swaziland, les femmes qui ont vécu des agressions sexuelles ont 3.5 fois plus de probabilité de souffrir de complications de grossesse ou de faire des fausses couches (Reza, Breiding et al. 2009). En Tanzanie, les résultats d'une autre étude suggèrent que les femmes exposées à la

violence sexuelle conjugale ont deux (2) fois plus de probabilité de faire une fausse couche (Stockl, Filippi et al. 2012).

En dehors des fausses couches, l'exposition à la violence sexuelle influence les comportements des victimes en termes d'interruption de grossesse. En 1987, on estimait qu'entre 26 et 31 millions d'avortements légaux ont été conduits contre 10 à 22 millions d'avortements clandestins (Henshaw 1990). Il a été démontré que les femmes victimes de violence domestique ont plus tendance à ne pas déclarer leur grossesse à leur partenaire (Glander, Moore et al. 1998), et à pratiquer un avortement (Evins and Chescheir 1996, Glander, Moore et al. 1998, Roth, Sheeder et al. 2011, Stockl, Filippi et al. 2012). Le nombre de fois que les femmes ont eu recours à l'avortement est également significativement plus élevé chez celles qui sont victimes d'abus comparées à celles qui ne le sont pas (Wu, Guo et al. 2005). Par ailleurs, selon les résultats d'une étude effectuée dans un groupe d'adolescentes et d'adultes, les femmes qui choisissent de terminer leur grossesse comparées à celles qui décident de la mener à terme ont trois (3) fois plus de probabilité de rapporter avoir subi de la violence sexuelle conjugale (Bourassa and Berube 2007).

En termes d'issues négatives de grossesse, une revue systématique de littérature a conclu que les femmes qui sont exposées aux différentes formes de violence conjugale ont plus de probabilité d'avoir un enfant de petit poids – OR=1.53, 95% IC [1.28;1.82] – et d'accoucher prématurément – OR=1.46, 95% IC [1.27;1.67] – (Shah, Shah et al. 2010). Deux autres revues de littérature ont trouvé un effet de la violence conjugale sur le petit poids de naissance – OR=1.4, 95% IC [1.1;1.8] – (Murphy, Schei et al. 2001), la prématurité (Sarkar 2008) et la

mortalité néonatale (Sarkar 2008). Par ailleurs, l'abus sexuel pendant la grossesse peut favoriser l'adoption de comportements à risque pour la mère et le fœtus dont la consommation de drogues et substances illicites, le tabagisme et l'alcoolisme (Lent, Morris et al. 2000). Les femmes abusées pendant leur grossesse ont également plus tendance à se présenter tardivement aux consultations prénatales (McFarlane, Parker et al. 1996, Taggart and Mattson 1996, Lent, Morris et al. 2000) ou à ne pas les solliciter du tout (Garcia-Moreno, Heise et al. 2005); ce qui les rend également plus à risque d'issues négatives de grossesse.

Aucune étude n'a pu être retrouvée sur les effets de la VSLC sur les fausses couches, l'avortement induit ou encore les complications de grossesse. Cependant, quelques récits de femmes victimes de VSLC font état de fausses couches causées par les viols en bande (Longombe, Claude et al. 2008).

Il est apparu important de dresser l'éventail des effets de la violence sexuelle sur l'ensemble des aspects santé reproductive même si certains n'ont pas été étudiés dans cette thèse et ce, pour donner une vue d'ensemble des conséquences négatives du problème à l'étude. L'étude des effets de la violence sexuelle sur la santé a été restreinte aux variables grossesses non désirées, comportement de santé (avortement provoqué), fistule, DPC, fonctionnement sexuel (désir de rapport sexuel), désir d'enfant et issues négatives de grossesse (fausses couches). Le choix de ces variables a été motivé d'abord par la difficulté à mesurer de manière valide les variables comme le petit poids de naissance, les IST et l'infertilité sans un accès à un dossier médical des femmes, une chose impossible en raison du contexte de conflit dans lequel les données ont été collectées. De plus, même si la RDC n'était pas en conflit au moment de la

collecte de données, comme dans la plupart des pays africains, la majorité des patientes n'ont pas un dossier médical bien tenu et accessible comme dans les pays développés. Par ailleurs, le montant de la subvention qui a été obtenue pour la collecte de données ne permettait pas d'évaluer l'ensemble des variables présentées dans cette section. Pour finir, dans le milieu où la recherche a été effectuée, les concepts tels que l'orgasme et la satisfaction sexuelle auraient été difficiles à contextualiser et donc à mesurer. De plus, pour mesurer la satisfaction sexuelle, il aurait fallu adapter le questionnaire mis au point dans les pays développés et les ressources pour le faire n'étaient pas disponibles.

En plus de causer des troubles de santé reproductive chez les victimes, la violence sexuelle affecte leur état de santé mentale. Dans la section qui suit nous présenterons l'état des connaissances en ce qui concerne l'association entre la violence sexuelle et la santé mentale.

2.2.3. Exposition à la violence sexuelle et la santé mentale

Au même titre que les autres formes d'agression et de traumatisme, la violence sexuelle a de sérieux impacts sur la santé mentale des victimes. Par contre, ses effets sur la santé mentale sont particuliers et peuvent persister plus longtemps tout simplement parce que la violence sexuelle constitue une invasion de l'espace le plus intime de la personne (Thomas 2007). Dans cette revue nous présenterons l'état de la littérature sur la relation entre la violence sexuelle et deux problèmes de santé mentale : le stress posttraumatique (PTSD) et les troubles mentaux courants dans la population (dépression, anxiété, etc.).

2.2.3.1. Violence sexuelle et Stress posttraumatique

Le PTSD est un syndrome avec des symptômes caractéristiques qui résulte de l'exposition à un traumatisme extrême (Machado, de Azevedo et al. 2011). Les signes reconnaissables de cette condition incluent : le fait de revivre constamment l'expérience traumatique, l'évitement des situations qui sont associées à l'expérience traumatique, la paralysie de la réactivité générale et les symptômes de vigilance accrue (Machado, de Azevedo et al. 2011). C'est le trouble le plus fréquemment associé aux effets psychologiques de la violence sexuelle; avec une prévalence plus élevée que dans les autres cas de crimes, désastres et accidents (Lang, Laffaye et al. , Rodgers, Lang et al. 2003). Selon les travaux antérieurs, les femmes présenteraient également plus de risque de souffrir de PTSD au cours de leur vie (Seedat, Stein et al. 2005, Born, Soares et al. 2006). Cette différence serait plus liée à l'historique de victimisation sexuelle qu'au sexe. En effet, les femmes seraient exposées à de multiples formes de violence sexuelle tout au long de leur parcours de vie, celles subies pendant l'enfance et l'adolescence ayant un plus grand impact (Cortina and Kubiak 2006).

L'effet de la VSNLC sur la santé mentale des femmes a été évalué. Une étude conduite aux États-Unis montre que les femmes qui ont subi une agression sexuelle ont quatre (4) fois plus de probabilité (1.6 fois après ajustement pour les autres expériences traumatiques subies tout au long du parcours de vie) de souffrir de PTSD (Walsh, Koenen et al. 2013). L'exposition à la violence sexuelle a également été associée à une augmentation de la sévérité du PTSD (Basile, Arias et al. 2004). Par ailleurs, lorsqu'ils sont comparés aux enfants de la communauté, ceux qui ont subi un abus sexuel durant l'enfance ont plus de probabilité d'être diagnostiqués pour un PTSD (McLean, Toner et al. 2006).

Quelques études ont évalué spécifiquement la relation entre la VSLC et le PTSD. Une étude transversale – conduite au Liberia après le conflit qui a duré environ deux décennies – s’est intéressée aux symptômes de PTSD chez les adultes qui ont ou n’ont pas participé aux combats (Johnson, Asher et al. 2008). Il ressort que 74% des combattantes qui ont subi des agressions sexuelles présentent des symptômes de PTSD contre 44% des combattantes qui n’en n’ont pas subi; différence statistiquement significative (Johnson, Asher et al. 2008). Le fait de subir un ou plusieurs actes de violence sexuelle augmente donc significativement la probabilité de développer un PTSD en dépit des autres expériences traumatiques vécues pendant un conflit armé. Une étude similaire a été conduite en RDC dans la population générale de 19 territoires du Nord et du Sud-Kivu. La prévalence de symptômes de PTSD dans le groupe femmes exposées à la VSLC est de 76% contre 44% dans le groupe des femmes qui n’ont pas subi une telle agression; différence statistiquement significative (Johnson, Scott et al. 2010). Par ailleurs, une étude conduite auprès des survivants de la seconde guerre mondiale d’Autriche a observé que respectivement 33% et 18% de ceux qui ont expérimenté ou ont été témoins d’un acte de violence sexuelle ont développé des symptômes de PTSD (Lueger-Schuster, Gluck et al. 2012). Pour finir, une étude conduite auprès des victimes de VSLC au Nord de l’Ouganda, rapporte des scores de PTSD très élevés dans ce groupe (Amone-P’Olak 2005). D’autres études ont aussi évalué la prévalence du PTSD au sein des populations qui ont vécu un conflit armé sans pour autant analyser le lien spécifique avec la violence sexuelle (Derluyn, Broekaert et al. 2004, Farhood, Dimassi et al. 2006, Mels, Derluyn et al. 2009, Miller and Rasmussen 2010, Charlson, Steel et al. 2012, Dimitry 2012, McMullen, O’Callaghan et al. 2012).

2.2.3.2. Violence sexuelle et troubles mentaux courants

On regroupe sous le nom de troubles mentaux courants (TMC) divers problèmes de santé mentale incluant : la dépression, les troubles anxieux, les troubles somatoformes⁹ et d'autres troubles névrotiques (WHO 1994). La majorité des études identifiées ont étudié l'effet de la VSNLC sur ces différents troubles.

L'exposition à l'abus sexuel durant l'enfance a été associée à quatre (4) fois plus de risque de souffrir de dépression (Hegadoren, Lasiuk et al. 2006). Les risques de TMC existent aussi lorsque la violence sexuelle est subie à l'âge adulte à l'extérieur comme dans le couple. En effet, une étude conduite parmi les femmes de classe socioéconomique faible aux États-Unis, a montré que celles qui sont exposées à la violence sexuelle conjugale comparées à celles qui ne le sont pas ont plus de probabilité de souffrir de dépression (OR=4.1 95% IC [1.8;9.3]) et d'anxiété (OR=2.8 95% IC [1.3;6.4]) (Hurwitz, Gupta et al. 2006). Aussi, une étude basée sur des données nationales du Paraguay a montré, qu'après contrôle pour diverses variables sociodémographiques, l'exposition à la violence sexuelle conjugale dans les 12 mois précédant l'étude est associée à la survenue de TMC – OR=1.6, 95% IC [1.2;2.2] – (Ishida, Stupp et al. 2010). Des résultats similaires sont observés lorsqu'on considère uniquement les femmes qui ont subi des actes de violence sexuelle conjugale plus de 12 mois avant l'étude (Ishida, Stupp et al. 2010). Quel que soit le pays dans lequel l'étude multi-pays de l'OMS a été conduite, l'exposition à la violence conjugale a également été associée à un score de détresse psychologique élevé – utilisé pour évaluer la probable présence d'un TMC – (Ellsberg, Jansen

⁹ Troubles mentaux caractérisés par des symptômes qui suggèrent une blessure ou une maladie physique, American Psychiatric Association, Task Force on DSM-IV (2000).

et al. 2008). Par ailleurs, une analyse secondaire des données d'une enquête nationale effectuée aux États-Unis chez les citoyens de 18 à 65 ans et plus montre que les femmes exposées à la violence sexuelle ont respectivement 3.5 et 3 fois plus de risque d'être diagnostiquées pour une dépression ou une anxiété (Choudhary, Smith et al. 2012). En Éthiopie, une étude effectuée auprès de collégiennes et d'étudiantes a démontré que les femmes qui ont subi des actes de violence sexuelle et physique ont, respectivement, deux (2) et quatre (4) fois plus de probabilité de souffrir de dépression légère/modérée ou modérément sévère/sévère (Gelaye, Arnold et al. 2009). Des résultats similaires ont été observés dans d'autres études qui ont évalué les effets de la violence sexuelle sur la dépression/anxiété (Pico-Alfonso, Garcia-Linares et al. 2006, Bonomi, Anderson et al. 2007, Buzi, Weinman et al. 2007, Hossain, Zimmerman et al. 2010).

Quelques travaux ont également étudié la relation entre la VSLC et les TMC. L'expérience de violence sexuelle par ceux qui ont pris part au conflit armé libérien a été associée à une augmentation de la prévalence de troubles dépressifs majeurs, différence qui n'est pas significative chez les femmes lorsqu'on fait une analyse stratifiée selon le sexe (Johnson, Asher et al. 2008). En RDC, comparées aux femmes qui n'ont pas été exposées à la VSLC (prévalence de 30%), celles qui ont rapporté l'avoir subi sont plus nombreuses à souffrir de troubles dépressifs majeurs avec une prévalence de 68% (Johnson, Scott et al. 2010). Plusieurs études descriptives ont également évalué la prévalence de la dépression et de l'anxiété dans les populations affectées par les conflits armés sans évaluer son association avec la violence sexuelle (Espie, Gaboulaud et al. 2009, Steel Z 2009, Hamid and Musa 2010, Priebe, Bogic et al. 2010, Charlson, Steel et al. 2012).

2.2.4. Relation entre la santé reproductive et la santé mentale dans un contexte de violence sexuelle

Plusieurs travaux ont évalué les effets de la violence sexuelle sur la santé reproductive d'une part et sur la santé mentale d'autre part. Par contre, peu d'entre elles ont évalué la relation entre la santé reproductive et la santé mentale dans un groupe de femmes qui a subi des actes de violence sexuelle. Le manque de considération de la santé mentale dans les études en santé reproductive a même été récemment dénoncé par l'OMS (Organisation mondiale de la santé, Fonds des Nations Unies pour la population et al. 2009). Même si ces deux aspects de la santé s'influencent mutuellement (Matevosyan 2009), cette interrelation n'est que très peu évaluée dans les travaux.

Le cadre théorique proposé par Rodgers et coll. postule qu'une partie des effets d'un traumatisme sexuel (viol ou abus) sur les complications obstétricales passe par la présence de psychopathologies chez les victimes (Rodgers, Lang et al. 2003). Ceci a été observé dans les quelques études qui ont évalué les interrelations entre la santé mentale et la santé reproductive chez les femmes victimes de VSNLC. Deux études conduites chez des femmes ont révélé que la variable «PTSD» servait de médiateur dans les effets d'une exposition antérieure à la violence sexuelle sur l'adoption de comportements sexuels à risque (Lang, Rodgers et al. 2003, Cavanaugh, Hansen et al. 2010). Ainsi, une partie des effets de la violence sexuelle sur la santé reproductive pourrait passer par les troubles de santé mentale. D'autres études ont également rapporté une association entre la présence de troubles mentaux et les problèmes de santé reproductive chez des femmes. Ainsi, il existerait une association entre les

psychopathologies telles que la dépression et l'anxiété et les troubles gynécologiques tels que les DPC (Byrne 1984, Hodgkiss, Sufraz et al. 1994), les décharges vaginales – signes d'infections du tractus reproductif – (Patel and Oomman 1999), l'infertilité (Makanjuola, Elegbede et al. 2010), les dysménorrhées et autres troubles liés aux menstruations (Gath, Osborn et al. 1987). Par ailleurs, la dépression jouerait le rôle de médiateur dans l'effet de l'abus sexuel pendant l'enfance sur les comportements sexuels et la satisfaction éprouvée au cours des rapports sexuels (Randolph, Reddy et al. 2006).

Une étude nouvelle-zélandaise longitudinale de 30 ans a également permis de conclure que les femmes qui ont subi des interruptions volontaires de grossesse avaient deux (2) fois plus de risque de présenter des troubles mentaux tels que la dépression majeure et l'anxiété en plus d'avoir des idées suicidaires et ce, après ajustement pour différentes covariables (Fergusson, Horwood et al. 2008). Une autre étude conduite à Hawaï, au sein d'un échantillon de femmes caucasiennes, asiatiques et habitantes des îles pacifiques, a observé un lien entre la présence de PTSD dans la période postpartum et l'adoption de comportements à risques¹⁰ (Onoye, Goebert et al. 2009). Finalement, les travaux qui se sont intéressés à la santé reproductive des femmes schizophrènes ont démontré qu'elles présentent un risque plus élevé d'avoir de multiples partenaires sexuels, d'utiliser le sexe en guise de monnaie d'échange et de se faire sexuellement agresser (Cournos, Guido et al. 1994, Miller 1997). Aucune étude sur la relation entre la santé reproductive et santé mentale chez les femmes victimes de VSLC n'a été recensée.

¹⁰ Usage d'alcool, Beuverie à répétitions, Usage de tabac

2.3. Impact social de l'exposition à la violence sexuelle

La violence sexuelle peut avoir des effets sur les trois (3) dimensions qui caractérisent un être humain soit les dimensions physique (santé physique et reproductive), psychologique (santé mentale) et sociale. En ce qui concerne la dimension sociale, l'expérience de violence sexuelle nuit aux femmes dans différentes sphères de la vie en affectant leur autonomie, leur productivité, leur capacité à prendre soin d'elles-mêmes et de leurs enfants (Krantz 2002) ainsi que leur estime de soi (Thomas 2007, IANSA 2010).

Par contre, l'impact social est encore plus lourd lorsque les victimes se trouvent dans des sociétés qui font du sexe un tabou et qui ne font aucune différence entre un adultère et une agression sexuelle. Dans ces sociétés, les femmes victimes de violence sexuelle sont plutôt blâmées, ostracisées et socialement exclues à cause de ce qu'elles ont vécu (Hynes 2004, Thomas 2007, Benagiano, Carrara et al. 2010). En RDC par exemple, une étude effectuée dans cinq différentes zones de santé rapporte que les rejets des femmes violées sont fréquents (Steiner, Benner et al. 2009). Ainsi, en 2005, environ 12.5% des femmes violées ont été répudiées contre 6% en 2006 et 2007 (Steiner, Benner et al. 2009). Une autre étude plus récente rapporte que parmi les femmes violées interviewées 29% ont été rejetées par leur famille et 6% par leurs communautés (Kelly, Betancourt et al. 2011). Hormis la peine liée au traumatisme subi et les problèmes de santé, ces femmes se retrouvent à perdre la place qu'elles occupent dans la communauté et par extension leur identité sociale (Sideris 2003, Hynes 2004, IANSA 2010); ce qui contribue à la destruction des cultures (Sideris 2003, Snyder, Gabbard et al. 2006, Thomas 2007).

Par ailleurs, la violence sexuelle a également un impact sur la qualité de vie des victimes et à long terme sur le développement des communautés/pays (Krantz 2002) et ce, particulièrement dans le cas des viols de masse pendant les conflits. L'impact sur le développement est lié au fait qu'elle contribue à perpétuer la pauvreté en limitant la capacité des femmes à travailler en dehors de la maison, leur mobilité et leur accès à l'information (Krantz 2002). L'impact sur le développement est encore plus grand dans les pays comme la RDC où les femmes constituent souvent la plus grande, voire la principale, source de support pour la famille (Kippenberg 2002).

L'impact social de la VSLC est également lourd pour les enfants issus des viols perpétrés dans un tel contexte. Pourtant, ce n'est qu'en 2007 que la situation des enfants issus de viols perpétrés en temps de conflit armé a été étudiée pour la première fois (Erjavec and Volčič 2010). Les enfants issus des actes de VSLC, tout comme leurs mères, sont marginalisés (Erjavec and Volčič 2010). Par ailleurs, il existe souvent une tendance fâcheuse à les identifier à leurs pères, situation qui affecte négativement la manière dont ces enfants se perçoivent dans la société, construisent leur récit de vie et par extension leur identité personnelle (Erjavec and Volčič 2010). L'étude de Erjavec et al. 2010 rapporte que des filles nées de viols perpétrés pendant le conflit de la Bosnie & Herzégovine se perçoivent comme des forces destructrices de la société et continuent à développer des sentiments d'hostilités même des années après la fin du conflit.

2.4. Vulnérabilité différentielle à la violence sexuelle selon l'âge, le statut matrimonial et la parité

Même s'il est prouvé que la violence sexuelle affecte toutes les femmes qui l'ont expérimenté au niveau sanitaire et social, il n'est pas exclu que plusieurs caractéristiques personnelles ou démographiques exposent d'avantage certaines victimes.

Ainsi, le jeune âge pourrait représenter un facteur qui exposerait d'avantage les victimes de violence sexuelle aux conséquences sanitaires ou sociales adverses de la violence sexuelle. En effet, les adolescentes dont le premier rapport sexuel a été forcé sont plus nombreuses à adopter des comportements sexuels à risque (Maharaj and Munthre 2007), fumer, consommer de grandes quantités d'alcool et consommer de la marijuana (Brener, McMahon et al. 1999), ce qui pourrait suggérer une vulnérabilité supplémentaire de cette catégorie de victimes. Par ailleurs, un jeune âge a déjà été identifié comme facteur de risque pour des issues de santé reproductive (Fraser, Brockert et al. 1995). D'autres études ont également démontré que les effets d'une victimisation sur la santé mentale varient en fonction de l'âge. En effet, la prévalence d'anxiété, de dépression et de PTSD est plus élevée chez les enfants et les adolescents victimes d'abus sexuels (Hjorth and Ostrov 1982, Wolfe and Mosk 1983, McLeer, Deblinger et al. 1988, White, Halpin et al. 1988, Macmillan 2001).

Le fait d'être marié ou d'avoir des enfants pourrait aussi augmenter la probabilité des victimes de violence sexuelle de souffrir de problèmes sanitaires (physiques ou psychologiques) ou sociaux surtout dans les cas où les femmes violées sont culpabilisées et stigmatisées. Par

exemple, un rejet par le conjoint ainsi que le fait d'avoir à s'occuper seul des enfants pourrait exposer d'avantage les femmes aux effets psychologiques adverses de la violence sexuelle. Le rejet a des chances d'être vécu différemment en fonction du statut matrimonial pour diverses raisons. Par exemple, la femme mariée peut en effet être plus résiliente que la célibataire (pour avoir eu plus d'expérience dans la vie) ou au contraire sentir un poids plus élevé si ce rejet l'oblige à s'occuper toute seule de ses enfants. Par ailleurs, les femmes mariées peuvent faire plus souvent l'objet de rejet puisqu'elles sont en couple contrairement aux jeunes célibataires qui en plus ont la facilité de se relocaliser pour se reconstruire. Par ailleurs, puisque le désir d'enfant semble varier selon des facteurs socioculturels et du fait que la femme a déjà ou non des enfants (Dandurand, Bernier et al. 1997, Schover, Rybicki et al. 1999, Nakayiwa, Abang et al. 2006), il n'est pas exclu que les femmes qui ont subi la violence sexuelle et ont déjà des enfants soient moins enclines à désirer en avoir d'avantage.

Même si plusieurs éléments suggèrent une possibilité de vulnérabilité différentielle selon l'âge, le statut matrimonial et la parité en ce qui concerne les effets de la violence sexuelle sur les aspects de santé reproductive et de santé mentale d'intérêt, aucune des études identifiées au cours de la revue de littérature n'a évalué l'effet modificateur potentiel de ces variables.

2.5. L'étude des conséquences de la violence sexuelle : la nécessité d'aller au-delà des dimensions physique et psychologique

Au vu des conséquences sociales de la violence sexuelle et parce que ces différents aspects (ex : exclusion sociale) peuvent à leur tour influencer l'état de santé des victimes (dépression, anxiété, comportements sexuels à risque, etc.), il est important que la recherche des effets de la

VSLC évalue également les impacts au niveau de cette dimension. De plus, la plus récente définition de la santé reproductive, encourage l'étude des effets de la violence sexuelle au-delà de ses conséquences physiques en intégrant les volets psychique et social. En effet, la définition de la santé reproductive adoptée et étoffée lors de la conférence internationale sur la population et le développement tenue au Caire en 1994 stipule que:

« La santé en matière de procréation est un *état de bien-être total*, tant physique que mental et social, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités. Cette notion englobe *la santé en matière de la sexualité* en ce sens que les conseils et les soins ne doivent pas être limités au seul domaine de la procréation et des ITS (aspects physiques) mais doivent aussi aider à améliorer la qualité et les relations interpersonnelles » (Cook, Dickens et al. 2005).

De plus, les récents développements en matière d'interdisciplinarité en recherche indiquent clairement qu'une meilleure compréhension de la problématique d'intérêt et la mise en place d'interventions appropriées passe par l'étude de l'être humain sous ses dimensions, à la fois, physique, psychique et sociale ainsi que sous les relations potentielles qui existent entre ces dimensions (Jaulin 1970). Ainsi, une recherche complète sur les conséquences de la violence sexuelle doit examiner ses effets sur les plans physique et psychique (santé reproductive et santé mentale) mais aussi ses retombées sociales en prenant soin d'identifier les facteurs qui influencent ces conséquences dans le but d'identifier des interventions encore plus appropriées. Pour toutes ces raisons, la présente thèse s'est intéressée aux effets de la VSLC à la fois sur les plans sanitaire (santé reproductive et santé mentale) et social. Avec la manière

dont l'étude a été conçue, il sera non seulement possible de confirmer certains des effets de la violence sexuelle qui ont été démontrés, mais également de combler les lacunes qui ont été mentionnées dans la présente revue de littérature.

Dans la prochaine section nous présenterons le cadre de référence qui a servi de base à l'étude.

2.6. Cadre conceptuel

Cette thèse vise à étudier les effets de la violence sexuelle liée au conflit (VSLC) sur la santé reproductive, la santé mentale mais aussi sur la dimension sociale en général. Elle vise également à identifier les relations qui existent entre ces différentes dimensions dans le but de faire des recommandations plus appropriées pour une prise en charge complète des victimes.

À notre connaissance, aucun cadre de référence déjà proposé dans la littérature ne permet de cerner toutes les variables et dimensions d'intérêt ciblées dans la présente étude. Par conséquent, un cadre, renfermant les données provenant de la littérature ainsi que les hypothèses de travail, a été construit (Figure 1). Les flèches en trait plein symbolisent des associations qui ont déjà été démontrées dans la littérature et qui vont être confirmées/infirmées dans le contexte de la VSLC en RDC. Quant aux flèches en pointillés, elles symbolisent des associations qui n'ont pas été étudiées dans la littérature et qui seront également analysées. Pour l'un des problèmes de santé d'intérêt (DPC), la relation a été évaluée pour la VSNLC mais pas pour la VSLC.

Les aspects de santé reproductive ont été séparés en trois blocs seulement pour faciliter la représentation visuelle du cadre conceptuel et sa compréhension vu que plusieurs associations

sont évaluées dans la thèse. Afin de simplifier le graphique, les effets potentiels de la répudiation ou de la stigmatisation sur la santé mentale et ceux du fait de souffrir d'une fistule sur la répudiation ou la stigmatisation des femmes n'ont pas été représentés. De plus, ces effets n'ont pas été quantitativement évalués dans cette thèse ce qui justifie l'absence de leur représentation dans le cadre conceptuel proposé.

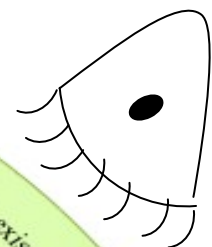
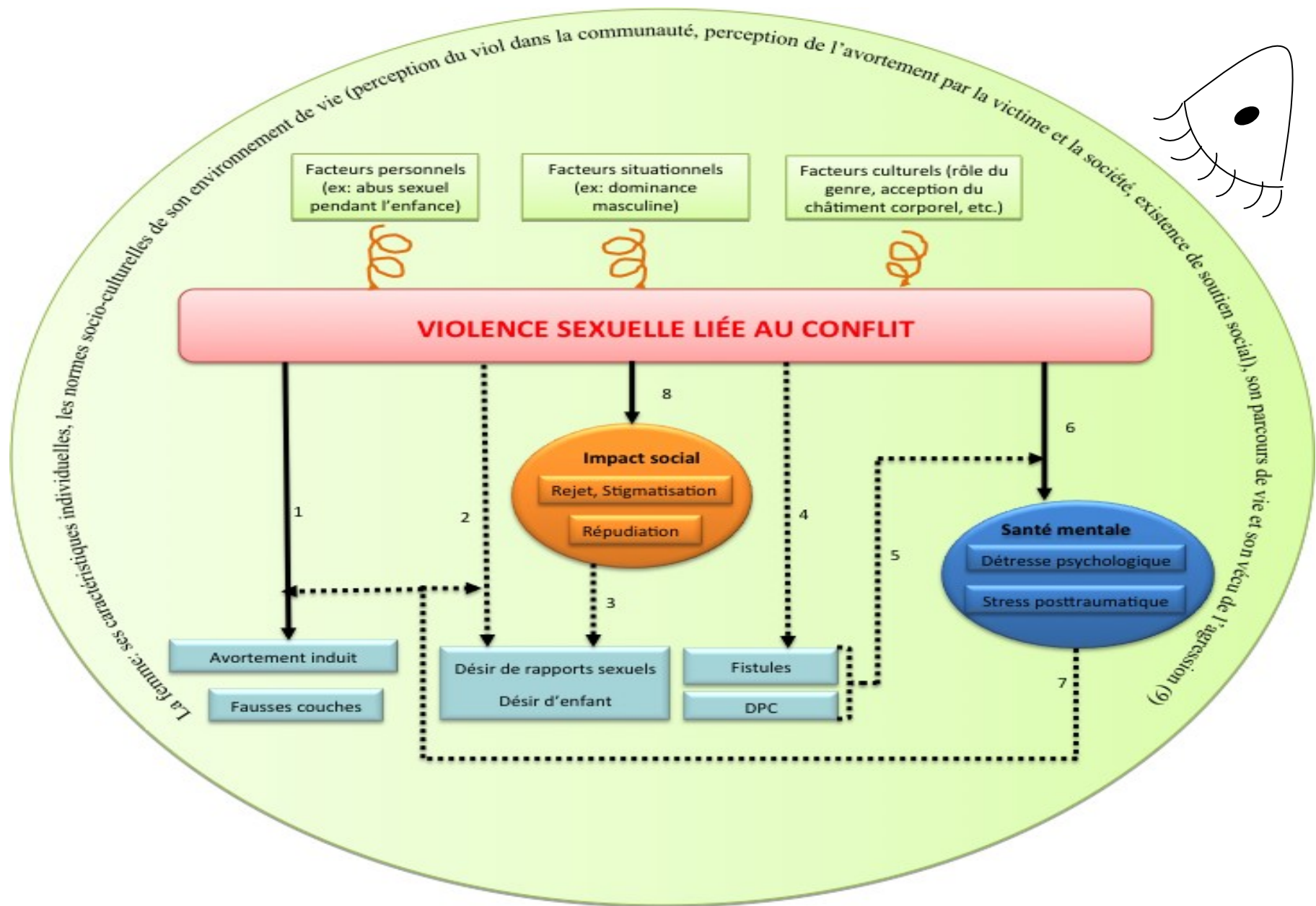


Figure 1 : Cadre conceptuel de l'étude incluant les effets de la violence sexuelle sur la santé ainsi que l'impact social

Selon ce cadre, plusieurs facteurs (personnels, situationnels et socio-culturels) vont influencer la décision d'avoir recours à la VSLC et donc l'expérience de ce genre d'agression; ils sont représentés en amont de la variable d'exposition principale. De plus, ce cadre schématise les effets direct (flèches d'association 1, 2 et 4) ou indirect (flèches d'association 3 et 7) potentiels de la VSLC sur la santé reproductive (fistule, DPC, désir d'interruption de la grossesse issue de la violence sexuelle, désir d'enfant et désir de rapports sexuels). La violence sexuelle affecterait également l'état de santé mentale en augmentant la *sévérité des symptômes de détresse psychologique* et la *sévérité des symptômes de stress posttraumatique* (flèche d'association 6). Ce cadre représente également les effets indirects de la violence sexuelle sur le désir de rapports sexuels et le désir d'enfant qui pourraient être influencés par l'état de santé mentale (flèches d'association 7).

Par ailleurs, les problèmes de santé reproductive comme les fistules influeraient sur la santé mentale des femmes qu'elles pourraient affecter à cause de la réaction de leur entourage suite à l'apparition de cette condition (flèche d'association 5). En plus, les relations entre les différentes dimensions qui caractérisent la femme existent dans un contexte socio-culturel particulier qui est représenté à l'aide du grand cercle qui délimite le cadre. Par exemple, si une victime de viol se fait rejeter par sa communauté, c'est parce que les normes socioculturelles encouragent ce genre de réaction. L'effet du contexte socioculturel sur les trois dimensions de la femme et la dynamique existant entre elles sera également analysé. L'œil symbolise la prise en compte du contexte dans l'étude des effets de la VSLC sous l'angle ou le point du vue du chercheur.

En plus de ce cadre conceptuel, quatre (4) cadres d'analyse ont été construits pour les quatre premiers objectifs de la thèse. Ces cadres incluent en plus des associations postulées dans le cadre de référence les variables dont l'effet modificateur a été investigué. Puisque ces cadres ont été produits à des fins d'analyse, ils sont présentés dans la section décrivant les analyses effectuées pour répondre aux questions de chacun des objectifs de thèse concernés.

CHAPITRE III : Objectifs de l'étude et questions de recherche

3.1. Objectifs de l'étude

Selon le cadre de référence de l'étude, la VSLC a des effets sur la santé reproductive et sur la santé mentale des victimes, dimensions qui peuvent mutuellement s'influencer. Elle entraîne également des effets adverses sur le plan social, conséquences qui peuvent à leur tour affecter certaines variables de santé reproductive et de santé mentale. De ce cadre découlent les objectifs généraux de la thèse qui se déclinent sous les cinq points suivants :

- 1) Évaluer les effets de la VSLC sur plusieurs aspects de santé reproductive incluant les fistules, les DPC, le désir de rapports sexuels, le désir d'enfant et le désir d'interruption de la grossesse issue de la violence sexuelle;
- 2) Évaluer les effets de la VSLC sur la santé mentale en termes de *sévérité des symptômes de PTSD*, de *sévérité de symptômes de détresse psychologique* et de probabilité de souffrir de troubles mentaux courants (TMC);
- 3) Évaluer la contribution des problèmes de santé reproductive tels que les fistules et les DPC dans l'effet de la VSLC sur la santé mentale;
- 4) Examiner la contribution de la santé mentale dans les effets de la VSLC sur le désir de rapports sexuels et le désir d'enfant;
- 5) Identifier les impacts de la VSLC au niveau social, l'influence de ces derniers sur la santé reproductive ou la santé mentale des victimes et examiner les relations des mères avec l'enfant issu de l'acte de violence sexuelle subi.

Dans les lignes qui suivent les questions et hypothèses de recherche seront présentés.

3.2. Questions et hypothèses de recherche

3.2.1. Premier objectif : effets de la VSLC sur la santé reproductive

Dans cette étude, six aspects de santé reproductive ont été évalués. Il s'agit des fistules (traumatiques ou obstétricales), des DPC, des avortements induits, du désir de rapports sexuels, du désir d'enfant et du désir d'interrompre la grossesse issue de la violence sexuelle subie. Dans un premier temps, l'effet de l'exposition à la violence sexuelle (liée ou non au conflit) sur ces différents aspects de santé reproductive a été étudié. Ensuite, les effets modificateurs potentiels de l'âge, du statut matrimonial et de la parité (variables pouvant influencer sur le désir de rapports sexuels ou d'enfant) sur l'association entre la violence sexuelle et ces deux aspects de santé reproductive ont été investigués. Puisque les fausses couches ou les avortements induits n'ont été mesurés que chez les femmes victimes de violence sexuelle, l'effet potentiellement modificateur de ces variables sur ces deux aspects de santé reproductive n'a pas été évalué.

Notre hypothèse de recherche principale stipule que les femmes qui ont subi la VSLC, comparées à celles qui ont subi des actes de VSNLC ou celles qui n'ont pas subi d'actes de violence sexuelle, ont une plus grande probabilité de développer une fistule, de souffrir de DPC, d'exprimer un désir d'interruption de la grossesse issue de la violence sexuelle, de ne pas désirer avoir des rapports sexuels et de ne pas désirer avoir d'enfant.

Ainsi, les questions spécifiques à cet objectif de recherche sont :

- i. Quelle est la prévalence des issues de santé reproductive d'intérêt dans les groupes de femmes exposées ou non à la violence sexuelle qu'elle soit liée ou non au conflit?
- ii. La prévalence des issues de santé reproductive est-t-elle associée à l'expérience de la violence sexuelle liée ou non au conflit (voir hypothèses d'association 1, 2 et 4 du cadre conceptuel)?
- iii. Lorsque comparées aux femmes qui ont subi la VSNLC, celles qui ont subi la VSLC ont-elles plus de probabilité de rapporter les issues de santé reproductive d'intérêt (voir hypothèses d'association 1, 2 et 4 du cadre de référence)?
- iv. La parité et le statut matrimonial modifient-ils l'association entre la violence sexuelle et les issues de santé reproductive? Si oui, quelles sont les associations qui sont modifiées?

3.2.2. Second objectif : effets de la VSLC sur la santé mentale

Dans le cadre de cet objectif, les effets de la violence sexuelle liée ou non au conflit sur trois aspects de santé mentale – la *sévérité des symptômes de détresse psychologique*, la *sévérité des symptômes de stress posttraumatique* (PTSD) et la probabilité de souffrir de TMC – ont été étudiés. Par ailleurs, les effets modificateurs potentiels de l'âge, du statut matrimonial et de la parité sur l'association entre la violence sexuelle et la santé mentale ont été investigués.

Hypothèse de recherche : Par rapport aux femmes qui ont subi la VSNLC et celles qui n'ont jamais été victimes de violence sexuelle, celles qui ont expérimenté la VSLC ont

une probabilité plus élevée de souffrir de TMC et présentent des symptômes de détresse psychologique et de PTSD plus sévères.

Questions de recherche

- i. Quels sont les niveaux de détresse psychologique et de sévérité des symptômes de PTSD dans les groupes de femmes selon qu'elles soient exposées ou non à la violence sexuelle?
- ii. L'expérience d'un acte de violence sexuelle, est-elle associée à une augmentation de la *sévérité des symptômes de détresse psychologique*, de la *sévérité des symptômes de PTSD* ou de la probabilité de souffrir de TMC (hypothèse d'association 6 du cadre conceptuel)?
- iii. Lorsque comparées aux femmes qui ont subi la VSNLC, celles qui ont subi la VSLC présentent-elles des symptômes de détresse psychologique ou des symptômes de PTSD plus sévères?
- iv. L'âge, le statut matrimonial et la parité de la victime modifient-ils l'association entre la violence sexuelle et les aspects de santé mentale étudiés?

3.2.3. Troisième objectif: Contribution de la santé reproductive aux effets de la violence sexuelle sur la santé mentale

Cet objectif permet d'étudier les relations qui existent entre les fistules et les DPC et la santé mentale.

Hypothèse de recherche : La présence des fistules ou des DPC modifie l'association qui existerait entre la VSLC et la santé mentale. En d'autres termes, la présence de ces problèmes de santé reproductive accentuerait les effets de la VSLC sur la santé mentale.

Questions de recherche

- i. Le fait d'avoir développé une fistule, modifie-t-il l'association entre la VSLC et la santé mentale (hypothèse d'association 5 du cadre conceptuel)?
- ii. Le fait de souffrir de DPC, modifie-t-il l'association entre la VSLC et la santé mentale (hypothèse d'association 5 du cadre conceptuel)?

3.2.4. Quatrième objectif : Contribution de la santé mentale aux effets de la violence sexuelle sur la santé reproductive

Cet objectif permet d'étudier les relations qui existent entre la santé mentale et deux aspects de santé reproductive. L'état de santé mentale a été étudié comme potentiellement modificateur de l'effet de la VSLC sur le désir de rapports sexuels et le désir d'enfant. En effet, nous pouvons nous attendre à ce que les femmes qui présentent un problème de santé mentale (ex : détresse psychologique) soient plus enclines à ne pas entreprendre de fonder une famille ou à considérer que le fait d'avoir d'autres enfants est une charge supplémentaire. L'effet de la santé mentale sur les fausses couches ou les avortements induits n'a pas été évalué parce que ces variables ont été évaluées uniquement chez les femmes victimes de violence sexuelle.

Hypothèse de recherche : L'état de santé mentale (*sévérité des symptômes de détresse psychologique, sévérité des symptômes de PTSD*) modifierait l'association entre la VSLC et le désir de rapports sexuels ainsi que l'association entre la VSLC le désir d'enfant.

Questions de recherche

- i. L'association entre la VSLC et le désir de rapports sexuels est-elle modifiée par l'état de santé mentale des femmes (hypothèse d'association 7 du cadre conceptuel)
- ii. L'association entre la violence sexuelle et le désir d'enfant est-elle modifiée par l'état de santé mentale des femmes (hypothèse d'association 7 du cadre conceptuel)?

3.2.5. Cinquième objectif : Impact social de la VSLC

Il s'agit ici d'évaluer l'impact de la VSLC sur les victimes au niveau social. Plusieurs aspects tels que la perception des victimes de l'acte de VSLC subi, la réaction de leur famille et entourage après qu'elles aient subi l'acte de VSLC, la perception de leur vie depuis qu'elles ont subi l'agression et la façon dont elles sont considérées dans la société (en comparaison aux autres femmes de la communauté). À partir des récits des victimes, nous avons également analysé leur perception de la grossesse issue de la violence sexuelle subie, la relation qu'elles ont développé avec l'enfant qui est né par la suite, la manière dont ce dernier est considéré par la famille et la communauté et enfin leurs besoins de prise en charge (sanitaire, psychosociale et économique) pour qu'elles retrouvent une vie acceptable. L'hypothèse de recherche postule que les femmes victimes

de VSLC font face à des adversités sociales et que ces conséquences sont le résultat des normes socioculturelles.

Les questions de recherche spécifiques à cette hypothèse sont les suivantes :

Selon les perceptions des femmes victimes de VSLC,

- i. Comment leur entourage (famille, amis, communauté) perçoit ce type d'agression et comment réagit-il lorsque leur proche a été victime d'un tel acte?
- ii. Comment les femmes victimes de VSLC sont-elles considérées et traitées dans leur société? Quelles sont les conséquences de ce traitement au niveau social? Ces conséquences peuvent-elles affecter la santé mentale et d'autres aspects de santé? (voir hypothèse 9 sur l'impact du contexte socioculturel).
- iii. Quels sont les besoins de prise en charge des femmes victimes de VSLC?
- iv. Comment les femmes qui ont subi un acte de VSLC qui sont tombées enceintes perçoivent leur vie quotidienne en tant que victime et mère d'un enfant issu d'un acte de violence sexuelle?
- v. Comment les victimes ont-elles perçues la grossesse issue de l'acte de VSLC subi?
- vi. Comment les victimes décrivent-elles leur relation avec leur enfant issu de l'acte de VSLC? Comment cet enfant est-il considéré par l'entourage (famille, amis, communauté) de la victime?

3.3. Pertinence de la recherche

Sur le plan scientifique, la réalisation de ce projet qui propose de fournir des évidences sur l'ampleur des effets du phénomène de violence sexuelle contre les femmes en temps

de guerre améliorera l'état des connaissances sur la santé mentale et reproductive des femmes qui ont subi des actes de VSLC et dont la plupart endossent le statut de réfugiées ou déplacées de guerre. Les résultats offriront également de nombreuses pistes d'intervention en santé mentale et reproductive dans les pays en développement touchés par des conflits armés. En effet, il est important que l'aide internationale traditionnellement octroyée à ces pays s'adresse également aux impacts de la VSLC sur ces différents aspects de santé, ce qui améliorera l'avenir des communautés et sociétés concernées. Par ailleurs, une intervention rapide et efficace menée dans ce cadre éviterait d'être confronté à des problèmes de santé plus coûteux qu'engendre une mauvaise prise en charge de la VSLC et permettrait peut-être d'identifier des moyens de prévention par la sensibilisation encore plus factuelle de cette problématique que vit la femme dans les situations de guerre. Pour finir, ce projet permettra de comprendre en profondeur les conséquences de la VSLC en termes physique, psychologique et social ainsi que les relations qui existent entre ces différentes dimensions qui caractérisent la femme. Concrètement, les résultats concernant les problèmes de santé reproductive et de santé mentale présents chez les victimes de VSLC permettront d'identifier les points à adresser pour offrir à ces dernières les mêmes droits en matière de santé que le reste des femmes du monde.

Toujours sur le plan scientifique, l'étude des impacts au niveau social permettra de concevoir ou d'adapter les interventions qui pourront être offertes aux victimes de VSLC. Par exemple, l'identification des facteurs qui modulent l'effet de la VSLC sur la santé mentale permettra sans aucun doute de proposer des interventions culturellement

sensibles qui répondront encore mieux aux besoins des victimes. Elle peut aussi permettre de comprendre les éventuelles relations qui pourraient exister entre les aspects de santé mentale et reproductive. Ceci permettrait de faire des recommandations quant à l'importance de la prise en charge psychologique des femmes qui ont subi des actes de VSLC. La prise en charge psychologique étant peu fréquente en Afrique, cette étude permettrait de mettre l'accent sur sa nécessité et d'attirer l'attention sur l'organisation de tels services de soins de santé. Pour finir, s'il s'avère par exemple, que cette population de femmes a plus de chance de recourir à un avortement non sécuritaire pour des raisons financières ou encore culturelles (avortement considéré comme un crime/péché), il serait donc important de mettre en place une intervention qui prendrait en compte ce fait.

Sur le plan social la présente recherche permettra d'améliorer le sort de plusieurs femmes qui ont eu la malchance de subir des actes de VSLC. En se basant sur les chiffres rapportés dans le cas de la RDC, plus de 500.000 femmes qui ont été violées depuis le début du conflit armé pourraient bénéficier de l'application des résultats de cette étude, ce qui pourrait améliorer leur quotidien. Cependant, des millions de femmes qui ont vécu ce type de violence à un moment donné de leur vie pourraient également en bénéficier. Cette étude fournira donc des pistes dans la prise en charge des victimes réfugiées qui décident de rester dans leur pays d'origine et celles qui demandent l'asile dans les pays industrialisés (dont le Canada) pour échapper aux conditions de guerre. En effet, les résultats de cette recherche pourront permettre d'établir une liste des problèmes des réfugiées à adresser en urgence afin de faciliter au mieux leur réhabilitation et/ou leur intégration dans leur société d'accueil.

Enfin, plusieurs textes de tribunaux internationaux (ex : Rwanda, Sierra Léone) et de la Cour Pénale Internationale désignent la violence sexuelle perpétrée en temps de conflit comme « crime contre l'humanité »¹¹. Cependant, les résultats de cette étude pourront contribuer à renforcer cette position et justifier les décisions de justice prises à l'encontre des personnes responsables de telles atrocités.

¹¹ Site web de l'association Adéquations, <http://www.adequations.org/spip.php?article492>

CHAPITRE IV : Méthodes

4.1. Contexte géographique et sociopolitique de l'étude

La présente étude a été conduite dans la ville de Goma (Figure 2), capitale de la province du Nord-Kivu, une des provinces de l'Est de la RDC qui a abrité les combats entre différents groupes armés. Ces groupes incluent les FAC sous les ordres du gouvernement congolais; le RCD, la branche rebelle des FAC qui contrôle les provinces de l'Est; les renforts armés envoyés par les pays voisins qui soutenaient le gouvernement congolais; et les diverses troupes composées de rebelles rwandais (Interhamwe, Forces Démocratiques pour la Libération du Rwanda), burundais, ougandais. La ville n'a pas été le terrain d'affrontements entre les groupes armés depuis le début du conflit. Par contre le 20 novembre 2012, un nouveau groupe armé appelé M23 qui s'est formé en avril 2012, a pris le contrôle de la ville avant de la retourner aux forces de maintien de la paix de l'Organisation des Nations Unies (ONU). Les forces de maintien de la paix de l'ONU sont en charge de la sécurité de cette ville, considérée sur le plan militaire comme un point stratégique.

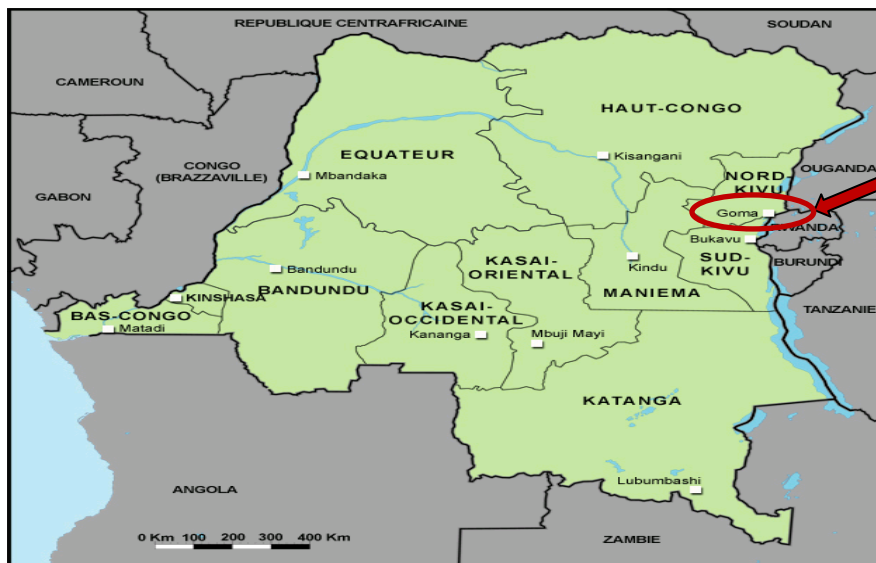


Figure 2 : Carte de la RDC

En raison de sa position géographique, située en bordure de la frontière partagée entre le Rwanda et la RDC, Goma joue depuis le début des années 90 un rôle important dans le conflit armé congolais. D'une petite ville abritant une centaine de milliers d'habitants en 1996, la ville est très rapidement devenue un centre régional économique et militaire (Vlassenroot and Büscher 2009), avec une population récemment estimée à 400 000 personnes. Un centre militaire parce que Goma, en étant le siège du Rassemblement Congolais pour la Démocratie pendant le conflit, était militairement et administrativement déconnectée de Kinshasa, la capitale nationale (Vlassenroot and Büscher 2009). En plus, la ville représente un point stratégique pour les forces de maintien de la paix de l'ONU. Le génocide rwandais et le conflit congolais ont également entraîné des déplacements massifs de population vers Goma, ce qui a facilité le raccordement de la ville aux réseaux commerciaux transfrontaliers larges et florissants (Vlassenroot and Büscher 2009). Par ailleurs, depuis 1994 (début du génocide rwandais et conflits interethniques dans la région), le déplacement massif des populations en raison des affrontements a poussé de nombreuses organisations humanitaires à s'implanter dans la ville et ce, par plusieurs vagues successives (Büscher and Vlassenroot 2010). Cette concentration d'organismes humanitaires dans la ville a largement contribué à donner à la ville son image actuelle de centre urbain et économique (Büscher and Vlassenroot 2010).

Initialement, le projet de thèse devait être conduit dans le camp de réfugiés de Masisi situé en dehors de la ville de Goma avec un devis de cohorte rétrospective. Cependant, en raison de la reprise des conflits en avril 2012, le devis de recherche a été modifié pour que la recherche se fasse dans la ville de Goma selon un devis transversal. Cependant,

malgré cette modification, il y avait de fortes chances que nous ayons eu accès à des participantes de profil varié puisqu'une bonne partie des habitants de Goma se sont déplacés pour fuir les affrontements dans leurs régions respectives.

Pour exécuter le projet, nous avons entrepris de collaborer avec une ONG locale, le *Collectif Alpha Ujuvi*, qui en raison de son implication dans la communauté pouvait nous donner accès aux potentielles participantes. Le *Collectif Alpha Ujuvi* œuvre pour l'amélioration des conditions de vie des femmes de Goma et des environs en offrant des cours d'alphabétisation mais aussi du soutien dans la création et le maintien d'une activité génératrice de revenus. L'organisation œuvre également pour le maintien de la paix sociale grâce à la création de groupes de résolutions de conflits appelés « paillotes de paix », des rassemblements qui permettent de résoudre les conflits entre voisins sans recours à la force ni à la violence. Pour finir, l'ONG a développé un programme d'assistance aux femmes victimes de VSLC, qui leur permet d'offrir de l'écoute et de l'accompagnement psychosocial aux personnes concernées.

Dans les sections qui suivent nous présenterons les stratégies de recherche de l'étude ainsi que les méthodes de collecte des données.

4.2. Stratégies de recherche

Le présent projet de recherche utilise un devis de recherche mixte de nature convergente ou parallèle (Creswell, Klassen et al. 2011), intégrateur des aspects quantitatifs et qualitatifs des conséquences de la VSLC qui sont à l'étude. Selon Creswell et al., ce type de devis permet de combiner des données quantitatives et qualitatives collectées en

parallèle pour répondre aux questions d'intérêt de l'étude. Il a été choisi parce qu'une partie des aspects d'intérêt dans l'étude tels que le vécu de la violence sexuelle, le fardeau social d'être une victime de VSLC, aspects qui permettent de mieux comprendre les effets de la violence sexuelle sur la santé mentale et la santé reproductive ne pouvaient être évalués qu'avec des méthodes qualitatives.

Pour répondre aux questions des quatre premiers objectifs, nous avons utilisé un devis de type transversal avec groupes multiples. Ceci nous a permis d'étudier les effets de la VSLC sur les différentes issues d'intérêt en interrogeant un échantillon de la population de femmes qui ont vécu dans les régions affectées par le conflit armé de la RDC. Ce devis a été choisi parce qu'il est le seul qui permettait dans les circonstances du terrain de recherche d'évaluer l'existence d'une association entre la VSLC et les problèmes de santé d'intérêt. En épidémiologie observationnelle, ce devis est souvent utilisé au niveau individuel pour montrer une association entre une variable d'exposition et un/plusieurs phénomènes de santé. Même s'il ne résout pas le problème de la causalité inverse et est soumis à l'influence des biais de sélection des cas de violence sexuelle qui ont survécu à l'agression et au conflit et qui ont déménagé dans la ville de Goma, le devis transversal permet lorsqu'on compare plusieurs groupes d'individus pour lesquels l'exposition au facteur étudié est variable de tirer des conclusions en termes d'association, une fois que les effets de confusion ont été pris en compte. La puissance explicative de ce devis repose sur le grand nombre d'unités à analyser et sur la considération de l'effet des facteurs de confusion. Par ailleurs, puisque les effets de la violence peuvent être hétérogènes selon la vulnérabilité personnelle des femmes, ce devis permet également d'évaluer l'effet

modificateur de plusieurs facteurs sur l'association entre la violence sexuelle et les aspects de santé évalués.

Pour le cinquième objectif de recherche, nous avons fait appel à un devis qualitatif qui permet d'étudier le vécu des personnes selon leurs perceptions. Une étude phénoménologique a permis de documenter la manière dont les femmes qui ont subi des actes de VSLC perçoivent leur vie au quotidien mais aussi la façon dont elles-mêmes ainsi que leur entourage perçoivent l'acte de violence sexuelle (ex : réactions de la famille et de la communauté après l'agression).

L'approche phénoménologique a été choisie parce qu'elle est la plus appropriée lorsqu'on s'intéresse au vécu des individus à partir de leurs propres perceptions et expressions. En effet, la phénoménologie est l'étude scientifique de l'expérience qui permet d'étudier comment les personnes qui ont vécu un événement d'intérêt le perçoivent, le décrivent, le ressentent, le jugent et s'en rappellent (Husserl 1981, Jackson 1996, Grondin 2003, Marshall and Rossman 2011). La phénoménologie est une méthodologie de recherche qualitative ancrée dans la philosophie européenne du 20^e siècle (Starks and Trinidad 2007). Elle implique l'utilisation d'une description complète et d'une analyse fidèle de l'expérience vécue pour comprendre comment les personnes qui ont vécu un événement créent du sens à partir de leur propre perception (Stewart and Mickunas 1974, Sokolowski 2000). Plus précisément, nous avons choisi d'utiliser une phénoménologie interprétative telle que développée par Heidegger (Cohen 1987). En relation avec l'étude de l'expérience humaine cette stratégie permet d'aller au-delà de la simple description des concepts clés ou des essences des phénomènes pour rechercher les

sens enfouis dans les pratiques de vie communes (Solomon 1987). Ces sens ne sont pas toujours apparents aux participants non plus mais peuvent être retrouvés à partir de leurs narrations (Solomon 1987). L'approche interprétative permet aussi de considérer ce que Heidegger appelle «lifeworld», terme exprimant le fait que les réalités individuelles sont invariablement influencées par le monde dans lequel ces individus vivent, donc le contexte social (Heidegger 1962). Ce dernier aspect permet donc d'analyser de manière appropriée les conséquences sociales de la VSLC, et comment ces dernières pourraient contribuer à expliquer certains des effets de la VSLC sur la santé reproductive et mentale ainsi que les relations qui pourraient exister entre ces deux dimensions de la santé.

4.3. Optique de l'étude

Cette étude, même si elle n'a pas été menée dans le cadre d'un programme de recherche, s'insère dans un projet plus vaste de lutte contre la mortalité maternelle en RDC. Le projet de lutte contre la mortalité maternelle dans lequel est impliquée Marie Hatem, la directrice de recherche de la candidate, passe entre autres par une meilleure connaissance des déterminants et le renforcement des compétences des sages-femmes et infirmières accoucheuses pour une meilleure prise en charge des femmes en matière de santé reproductive. Ce projet est réalisé en partenariat avec diverses institutions telles que le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA), l'OMS et l'United Nations Children's Fund (UNICEF) grâce à l'initiative Muskoka-France sur la santé des mères et des nouveau-nés.

L'Initiative de Muskoka-France a pour objectif de permettre à une dizaine de pays francophones en développement (Afrique Subsaharienne particulièrement) de réduire les

taux de mortalité maternelle et infantile en renforçant leurs systèmes de santé et en facilitant les interventions clés dans le continuum de soins, des soins prénataux jusqu'aux soins des enfants. Dans cette optique, l'identification des problèmes de santé et des besoins des femmes victimes de violence sexuelle (liée ou non au conflit) en RDC permettra de développer des stratégies de prise en charge appropriées et de mieux former les agents de santé qui interviennent le plus dans les soins reproductifs de la population. Par ailleurs, cette thèse s'intègre dans le plus vaste projet de réduction de la mortalité maternelle parce que plusieurs des problèmes de santé d'intérêt dont les fistules (avec les complications qui peuvent en résulter) et les avortements induits y sont étroitement reliés. En effet, il a été prouvé qu'environ 15% des cas de mortalité maternelle dans les pays en développement sont reliés aux avortements conduits dans des conditions non sécuritaires (CESAG-UNICEF).

4.4. Population à l'étude

4.4.1. Population cible

Les femmes congolaises en âge reproductif de la région du Nord-Kivu qui ont subi ou non des actes de violence sexuelle liés ou non au conflit armé à un moment donné de leur vie, représentent la population cible.

4.4.2. Population de l'étude

La population à l'étude est celle des femmes congolaises d'âge reproductif habitant dans l'un des quartiers de la ville de Goma. Elle est composée de femmes âgées de 15 à 45 ans, tranche d'âge pour laquelle l'EDS rapporte une fécondité dans la population

congolaise (Ministère and Macro 2008). Par ailleurs, nous avons préféré ne pas choisir des filles plus jeunes que 15 ans à cause de la nature de certaines des variables évaluées (issues de grossesse) et nous voulions nous assurer que les participantes avaient la maturité nécessaire pour répondre à certaines questions d'intérêt. Cet intervalle a été choisi puisqu'une partie des problèmes de santé reproductive d'intérêt dans l'étude concerne les femmes qui étaient encore en mesure de devenir enceinte au moment de leur agression sexuelle et au moment de l'étude. Pour entrer en contact avec les potentielles participantes, un message de recrutement a été diffusé dans quatre quartiers de la ville – Bujovu, Katoy, Mugunga et Birere – à travers les responsables des programmes d'alphabétisation et de résolution de conflits implantés par le *Collectif Alpha Ujvi*. Le message de recrutement diffusé est le suivant :

« Dans le cadre de mes études universitaires, je travaille sur un projet qui s'intéresse au quotidien des femmes âgées de 15 à 45 ans vivant dans la ville de Goma. J'aimerais les rencontrer pour leur poser quelques questions. Pourriez-vous informer les femmes de votre quartier à propos de cette étude? Celles qui sont intéressées pourront se présenter à tel endroit et telle heure pour répondre en toute confidentialité et individuellement au questionnaire préparé ».

Les responsables contactés étant bien connus dans leur communauté, ils représentaient un excellent moyen pour rejoindre l'ensemble des potentielles participantes sans égard à leur statut de victime de violence sexuelle. Le message à transmettre à la communauté incluait aussi les jours où l'équipe de recherche se déplacerait pour interroger et échanger avec les femmes. Toutes les femmes intéressées par l'étude étaient donc invitées à se présenter le

jour et dans la tranche horaire indiqués. Toutes les femmes qui se sont présentées le jour indiqué et qui respectaient la condition d'âge fixée ont été incluses dans l'étude si elles ont consenti à participer à l'étude une fois l'objet de l'enquête dévoilé. Aucun autre critère de sélection n'a été appliqué. Cependant, celles qui se sont représentées bien qu'elles aient déjà participé une première fois ont été exclues. Il s'agissait d'un échantillonnage non probabiliste.

4.4.3. Calcul de la taille d'échantillon

Les formules de Hsieh ont été utilisées pour calculer la taille d'échantillon nécessaire pour détecter une mesure d'association (ratio de prévalence) de 2 entre la violence sexuelle et chaque issue de santé d'intérêt (Hsieh, Bloch et al. 1998). La variable d'exposition principale étant binaire (oui/non), la formule suivante a été utilisée pour tous les calculs :

$$n = \{Z_{1-\alpha/2} [P (1-P/B)]^{1/2} + Z_{1-\beta} [P_1 (1-P_1) + P_2 (1-P_2) (1-B/B)]^{1/2}\}^2 / [(P_1-P_2)^2 (1-B)]$$

n étant la taille d'échantillon requise,

$P = (1-B) P_1 + B P_2$ le taux d'évènement total,

B la proportion de l'échantillon exposée à la violence sexuelle,

P1 et P2 les prévalences de la maladie chez les exposés et les non exposés.

Le tableau 1 présente les prévalences, ainsi que les valeurs moyennes utilisées pour le calcul de la taille d'échantillon dans le cas où plusieurs informations différentes étaient disponibles. Le tableau 2 quant à lui indique le détail des calculs ainsi que la taille d'échantillon minimale correspondant à chaque relation d'intérêt entre la violence sexuelle et la santé. Les calculs ont été faits avec un seuil de signification α de 0.05 et une

puissance de 80%. Les variables dépendantes fistules, désir d'enfant et fausses couches ont été utilisées pour calculer la taille d'échantillon qui permettra d'étudier la relation entre la violence sexuelle et la santé reproductive. En effet, les fistules et les fausses couches n'étant pas très fréquentes dans la population générale, la taille d'échantillon qui permettrait de trouver une association entre ces aspects de santé reproductive et la violence sexuelle devrait permettre d'identifier les associations, si elles existent, entre la variable d'exposition et le reste des issues de santé d'intérêt plus courantes dans la population. Les résultats combinés indiquaient qu'avec une cohorte de 255 femmes, nous pourrions étudier la relation entre la violence sexuelle et l'ensemble des variables dépendantes d'intérêt. De ces 255 participantes, 65 devraient avoir expérimenté des actes de violence sexuelle.

Tableau I: Prévalences de la variable d'exposition et des problèmes de santé reproductive et de santé mentale dans la population de l'Est de la RDC

Variable	Prévalences des variables et sources d'information
Violence sexuelle	Selon l'EDS 2007, 18 à 24% des femmes enquêtées ont été victimes d'actes de violence sexuelle dans l'Est de la RDC. Une moyenne de 20% a été utilisée pour les calculs (Ministère and Macro 2008).
État de santé mentale	Pour les calculs, la prévalence de troubles de santé mentale rapportée dans les études précédentes conduites avec le SRQ-20 dans le contexte des pays africains a été utilisée. Les prévalences varient entre 17% (Tafari, Aboud et al. 1991) et 34% (Harpham, Reichenheim et al. 2003). Une moyenne de 25% a été considérée.
Fistules obstétricales	La prévalence des fistules dans la population générale de femmes congolaises est de 2% (Ministère and Macro 2008). Chez les femmes exposées à la VSLC la prévalence est située entre 15% et 16% (Longombe, Claude et al. 2008, Mukwege and Nangini 2009).
Désir d'enfant	L'EDS 2007 de la RDC rapporte qu'environ 19% des femmes des provinces de l'Est déclarent ne plus vouloir d'enfant (Ministère and Macro 2008).
DPC	La prévalence des DPC dans la population générale de femmes âgées de 13 à 71 ans est de 38 pour 1000 (Zondervan, Yudkin et al. 1999, Zondervan and Barlow 2000).

Tableau II: Tailles d'échantillon nécessaires pour détecter un ratio de prévalence minimal de 2 pour la relation entre la violence sexuelle et les issues d'intérêt

	VS et santé mentale	VS et fausses couches	VS et Fistules	VS et désir d'enfant
B : proportion de l'échantillon exposé à la violence sexuelle (VS)	0.2	0.2	0.2	0.2
P1 : prévalence chez non exposées (NE) à la VS	0.25	0.193	0.02	0.19
P2 : prévalence chez les exposées à la VS	0.5	0.386	0.1488	0.38
Erreur de type I= 0.05 ($Z_{1-\alpha/2} = 1.96$)	1.96	1.96	1.96	1.96
Erreur de type II= 0.80 ($Z_{1-\alpha} = 0.84$)	0.84	0.84	0.84	0.84
$P = ((1-B) P1 + BP2)$	0.3	0.2316	0.04576	0.228
Somme 1_numérateur	2.00840235	1.848860011	0.915825834	1.838726551
Somme 2_numérateur	0.915368778	0.882506654	0.609352837	0.879516504
Total numérateur	8.548437611	7.46036386	2.326169978	7.388845302
Dénominateur	0.05	0.0297992	0.013271552	0.02888
Taille totale d'échantillon	170.9	250.4	175.3	255.8
Nombre de participantes non exposées requis	128.2	187.8	131.5	191.9
Nombre de participantes exposées requis	42.7	62.6	43.8	63.9

Pour ce qui est de l'étude phénoménologique, elle a porté sur un nombre réduit de femmes victimes de VSLC. Un échantillonnage non probabiliste et raisonné, a permis de constituer le groupe de femmes qui a pris part à cette partie de l'étude. Cet échantillonnage est adapté pour un devis de recherche qualitatif puisqu'on ne s'intéresse pas à la représentativité statistique de l'échantillon mais on cherche plutôt à comprendre en profondeur l'événement d'intérêt (Paillé and Mucchielli 2006), représenté ici par la vie des femmes suite à leur expérience de violence sexuelle. Une dizaine de femmes

ayant subi la VSLC et qui ont accouché d'un enfant issu d'un acte de violence sexuelle devaient être invitées à cette partie de l'étude. Celles qui donneraient leur accord complèteraient les entrevues individuelles.

4.5. Collecte de données

4.5.1. Préparation de la collecte de données et sponsors

Tout au long de la préparation du protocole de recherche des contacts ont été pris avec les potentiels collaborateurs sur le terrain en RDC. Pendant les trois mois qui ont suivi la validation du protocole, les démarches ont été entreprises pour négocier les ententes entre la candidate avec ses directeurs de recherche et le *Collectif Alpha Ujuzi*. Le travail de terrain a commencé après que la candidate ait reçu le support financier de L'Institut pour la Culture et la Coopération (LINCCO) et de l'Axe de Santé Mondiale qui a permis de couvrir, respectivement, les frais de déplacement et ceux liés à l'administration des questionnaires et aux entrevues.

4.5.2. Formation du personnel de recherche sur le terrain

Sur le terrain, l'équipe de recherche était composée de la candidate et deux enquêtrices qui ont été recrutées et formées pour les besoins de l'enquête. Les enquêtrices ont été recrutées sur la base de leur expérience auprès des femmes surtout celles qui ont vécu des actes de VSLC. Toutes les deux travaillent avec le *Collectif Alpha Ujuzi* et sont en charge de recevoir les femmes qui se présentent à l'ONG pour solliciter une assistance qu'elles aient été victimes ou non de violence sexuelle. De par leurs fonctions, elles connaissent très bien les méthodes d'approche pour amener les femmes à se confier même sur les

sujets les plus intimes ou sensibles. Une fois leur recrutement complété, les enquêtrices ont été formées pour l'administration du questionnaire pendant une journée. Leurs questions et remarques ont également permis d'améliorer le questionnaire de manière à ce que les questions soient culturellement compréhensibles et que les réponses obtenues correspondent aux éléments d'intérêt dans l'étude.

4.5.3. Collecte de données

La collecte de données quantitative (4 premiers objectifs) et qualitative (5^e objectif) s'est faite en parallèle. Elle s'est déroulée de juillet à août 2012. En fonction des jours indiqués aux responsables des programmes d'alphabétisation et de résolution de conflits, l'équipe de recherche se déplaçait dans le quartier concerné pour l'administration des questionnaires. Dans chaque quartier, des locaux qui permettaient aux femmes de répondre aux questions en toute confidentialité ont été rendus disponibles.

Dès l'arrivée de l'équipe, la candidate s'assurait de la qualification en termes d'âge des femmes qui se sont présentées. Une fois le recrutement des participantes complété et avant la demande du consentement à participer (faite individuellement en début de l'entrevue), nous informions le groupe de participantes que l'étude s'intéresse à la violence sexuelle subie par les femmes, et que toutes les femmes intéressées peuvent y participer peu importe qu'elles aient subi ou non ce type d'agression au cours de leur vie. Celles qui sont intéressées à participer sont ensuite invitées à patienter pour qu'à tour de rôle tout le monde complète le questionnaire (données des quatre premiers objectifs de la thèse).

En entrevue individuelle, les informations concernant l'état de santé des femmes et leur exposition ou non à la violence sexuelle étaient recueillies, une fois le consentement éclairé de la participante obtenu. Aucune pression n'a été utilisée pour inciter les femmes à participer ou compléter le questionnaire, au contraire chaque fois qu'une gêne était perceptible ou que les participantes commençaient à pleurer on leur offrait la possibilité d'arrêter l'entrevue si elles le souhaitaient. Toutes les entrevues sauf une (1) ont été conduites en Swahili, qui comme indiqué dans le début de la thèse est la langue officielle de l'Est de la RDC, donc parlée par tous les habitants de cette région.

L'entretien était conduit par les enquêtrices et les réponses rapportées en Français sur le questionnaire. La candidate examinait les questionnaires dès qu'ils étaient complétés pour s'assurer qu'il n'y avait pas de réponses contradictoires ou des questions qui ont été omises. La candidate se rendait aussi disponible pour répondre aux questions des enquêtrices en cas d'ambiguïté par rapport aux réponses ou en cas de difficulté à classer la réponse d'une participante. Les enquêtrices étaient chargées de parcourir toutes les questions avec chaque participante sauf celles qui ne sont pas applicables à leur situation et de consigner les réponses avec tout le détail nécessaire. Elles avaient aussi la charge d'écouter les femmes et dans la mesure du possible de leur offrir l'assistance nécessaire ou les aiguiller vers les sources potentielles de support.

Pour assurer la confidentialité des réponses, les questionnaires étaient identifiés uniquement par des numéros et ce, à la fin de la journée de travail, sans égard à l'ordre de passage des participantes. Pour également éviter tout préjudice, l'invitation des femmes à

participer à la partie qualitative de l'étude était faite oralement par les enquêtrices une fois que le questionnaire était complété et que la femme avait déclaré avoir subi un acte de VSLC et avoir eu un enfant issu d'un acte de violence sexuelle. Ce choix était guidé par le fait que la relation entre les femmes victimes de VSLC et l'enfant issu du viol qu'elles ont subi voulait être documentée. Il s'agit donc d'un échantillon consécutif de femmes ayant participé au volet quantitatif et qui répondaient aux critères de qualification recherchés. Lorsque les femmes acceptaient de prendre part à la seconde partie de l'étude, le jour où elles devaient se présenter dans les locaux de l'ONG pour la seconde entrevue leur était indiqué. La candidate avait choisi de faire les entrevues qualitatives au siège du *Collectif Alpha Ujuvi* pour que les femmes se sentent encore plus à l'aise pour discuter et pour garantir la qualité des enregistrements audio. Les entrevues qualitatives étaient individuelles et semi-dirigées avec utilisation de relances pour inviter la participante à développer en cas de réponses trop succinctes ou lorsque cette dernière avait spontanément abordé un aspect intéressant du sujet évalué qui n'était pas spécifiquement soulevé dans le guide. Elles ont été conduites par la candidate avec l'assistance d'une enquêtrice pour la traduction Français-Swahili-Français, le Swahili étant la langue parlée et comprise par toutes les participantes sans égard à leur ethnie. Contrairement au questionnaire quantitatif, le guide d'entrevue n'a pas été pré-testé.

Lorsque la participante était reçue en entrevue, l'objectif de cette partie de l'étude lui était d'abord présenté soit : comprendre son vécu au quotidien en tant que femme qui a subi un acte de VSLC et mère d'un enfant issu d'un acte de violence sexuelle. Elle était à nouveau informée que sa participation est complètement volontaire, qu'elle pouvait arrêter l'entrevue à n'importe quel moment si elle le souhaite et que les échanges seraient

enregistrés avec son autorisation. L'enregistrement étant essentiel pour la transcription et l'analyse des données, le refus de la participante entraînait sa disqualification. Une des participantes qui a accepté l'invitation au départ a ensuite refusé que ses propos soient enregistrés et pour cette raison son entrevue n'a pu être complétée. Une fois l'accord de la participante obtenu, les questions ouvertes de l'entrevue qualitative étaient parcourues l'une après l'autre. Les entrevues ont duré entre 30 et 45 minutes. Les entrevues ont été menées jusqu'à saturation des données c'est-à-dire jusqu'à ce que la candidate n'ait pu noter aucune nouvelle information de la dernière entrevue réalisée (Poupart 1997).

4.6. Instruments de mesure et guide d'entrevue

Pour cette étude, un questionnaire et un guide d'entrevue ont été construits. Le questionnaire composé de quatre sections (Annexe 1) a servi à collecter les données de la première partie de l'étude qui regroupe les quatre premiers objectifs. Quant au guide d'entrevue, il a permis de collecter les récits pour la partie qualitative de l'étude. Le questionnaire est composé de questions fermées pour la plupart alors que le guide d'entrevue contenait des questions ouvertes c'est-à-dire des phrases invitant les femmes à partager leur expérience ou leur avis sur un point d'intérêt.

Les trois premières parties du questionnaire de l'étude ont été construites en partie sur la base de la littérature. Les définitions utilisées dans les articles qui ont évalué les effets de la violence sexuelle et les aspects de santé reproductive d'intérêt ont été adoptées pour élaborer nos questions. Par contre, les instruments utilisés pour évaluer la santé mentale (dernière partie du questionnaire) n'ont fait l'objet d'aucune modification et les versions en Swahili étaient disponibles. Les versions Swahili des instruments d'évaluation de la

santé mentale ayant été testés et validés dans le contexte d'étude (RDC et Rwanda), il n'était pas nécessaire de le refaire dans le cadre de ce projet de thèse. Après la formation des enquêtrices, notamment pour s'assurer de leur compréhension des questions d'intérêt, un pré-test a été fait avec une dizaine de participantes au cours de la première journée de travail pour s'assurer que les questions permettaient réellement d'évaluer les éléments d'intérêt et qu'il n'y avait pas de problème de compréhension. Les différentes remarques et commentaires reçus ont ensuite servi à améliorer le questionnaire. Les questionnaires remplis pendant cette journée n'ont pas été inclus dans les analyses.

Quant au guide d'entrevue, il a été entièrement conçu par la candidate et validé ensuite par les directeurs de recherche. Le guide d'entrevue (Annexe 2) comporte 14 questions destinées à analyser la vie des victimes de VSLC selon leurs perceptions, la réaction de leur entourage après qu'elles aient été agressées sexuellement et le type de soutien qu'elles ont reçu après cette agression. D'autres questions concernent la grossesse issue de l'acte de violence sexuelle, la relation qu'elles ont développée avec l'enfant issu de cet acte et la manière dont cet enfant est considéré dans la société.

4.7. Variables à l'étude

4.7.1. Variables dépendantes

4.7.1.1. Variables de santé reproductive

Les issues de santé reproductive d'intérêt (fistule, DPC, désir de rapports sexuels, désir d'enfant, désir d'interruption de la grossesse issue de la violence sexuelle) ainsi que le moment où elles ont été développées ont été évaluées. L'acte d'agression sexuelle a été

utilisé comme repère pour identifier le moment où la condition de santé reproductive s'est manifestée chez les femmes qui ont rapporté un tel évènement.

Les définitions retrouvées dans la littérature et fournies plus haut ont permis d'identifier les cas de fistules et de DPC auto-rapportés. Les questions qui ont permis de mesurer ces variables ont été conçues de manière à ne pas considérer tous les cas de fistule et de DPC qui existaient avant l'expérience de violence sexuelle pour les femmes qui l'ont subi. Quant aux autres variables, pour les mesurer, il a été demandé aux participantes si elles désiraient actuellement avoir des rapports sexuels, avoir d'autres enfants ou si elles ont souhaité avorter de la grossesse issue de l'acte de violence sexuelle subi. Il leur a été également demandé si elles auraient avorté si les soins appropriés leur étaient offerts et ce, dans un cadre adéquat. Les dernières variables n'ont donc été mesurées que chez les femmes qui ont déclaré avoir subi un acte de violence sexuelle lié ou non au conflit armé et qui se sont retrouvées enceintes par la suite de cette agression. Toutes les variables de santé reproductive étaient dichotomiques avec les catégories oui et non.

4.7.1.2. Variables de santé mentale

L'état de santé mentale des participantes a été évalué à l'aide de deux instruments : le Self-Reported Questionnaire 20 (SRQ-20) et l'Impact Event Scale Revised (IES-R). Les deux instruments peuvent être auto-administrés ou administrés par un intervieweur.

Le SRQ-20 permet de détecter la morbidité psychiatrique au travers de questions qui permettent d'évaluer la *sévérité des symptômes de détresse psychologique* et de dépister les cas probables de TMC (WHO 1994). Cet instrument a été mis au point par l'OMS

pour évaluer l'état de santé mentale dans les structures de soins de santé primaire ou tout autre contexte des pays en développement. Il s'agit d'un instrument qui possède une bonne fiabilité (Alpha de Cronbach compris entre 0.77 et 0.85 dans la population d'intérêt). La version Swahili du SRQ-20 a été obtenue auprès d'une équipe de chercheurs norvégiens qui l'a précédemment utilisé pour étudier les TMC dans une région rurale de la Tanzanie (Wentzel Frøland, Sollesnes et al. 2010). Le SRQ-20 contient 20 questions qui évaluent les symptômes dépressifs, les symptômes anxieux, les troubles somatiques et neurotiques que le répondant a expérimenté au cours des 30 jours précédant l'entrevue. Pour chacune des questions, on attribue un score de "0" lorsque le participant répondait par "Non" et "1" s'il répondait par "Oui". Le score total obtenu (situé entre 0 et 20), permet d'évaluer la *sévérité des symptômes de détresse psychologique* du participant. Ensuite, grâce à un point de césure de 10/11, la proportion de participantes qui sont des cas probables de TMC a été calculée. Un score de 11 ou plus indiquait une probable présence de TMC. Ce point de césure est celui qui permet de maximiser la spécificité (0.80) et la sensibilité (0.81) du SRQ-20 dans la population de femmes rwandaises (Scholte, Verduin et al. 2011), une population culturellement proche de celle de l'Est de la RDC. Dans cette population, l'Alpha de Cronbach était compris entre 0.83 et 0.87. De plus, l'analyse factorielle proposait cinq facteurs qui expliquaient 38% de la variance totale du score de détresse psychologique.

L'IES-R, quant à lui, a permis d'évaluer la *sévérité des symptômes de PTSD* des participantes en réaction à un événement traumatique spécifique. La participante doit d'abord identifier l'évènement le plus difficile/traumatisant qu'elle a vécu dans sa vie et

ensuite indiquer jusqu'à quel point ce dernier l'a affligé dans le mois précédant l'enquête. L'IES-R contient 22 questions réparties selon trois sous-échelles qui représentent les trois groupes de symptômes du PTSD : l'intrusion, l'évitement et la vigilance accrue (hyperarousal) (Hyer and Brown 2008, Christianson and Marren 2012). Les versions française et anglaise de l'instrument ont été obtenues auprès du Dr. Mels qui a précédemment validé l'instrument en RDC dans une population de jeunes adolescents des provinces de l'Est du pays (Mels, Derluyn et al. 2010). Chaque item du questionnaire est évalué sur une échelle de 5 points avec 0 correspondant à pas du tout, 1 à un peu, 2 à moyennement, 3 à beaucoup et 4 à extrêmement. Le score total calculé en faisant la moyenne des scores de tous les items permet d'évaluer la *sévérité des symptômes de PTSD* par rapport à l'évènement identifié. L'instrument traduit en Swahili et validé en RDC a une bonne fiabilité (Alpha de Cronbach = 0.93). L'analyse factorielle a produit trois facteurs qui expliquaient 51.3% de la variation totale du score de sévérité des symptômes de PTSD.

4.7.2. Variable indépendante mesurant l'exposition à la violence sexuelle et son intensité

Les informations ayant trait à la variable d'exposition soit la violence sexuelle et les caractéristiques de(s) agression(s) subies (la fréquence, la durée de la période sur laquelle les actes ont été subis, le profil des responsables et le nombre d'agresseurs) ont été recueillies dans la seconde section du questionnaire d'étude. Selon nos définitions, la VSLC se rapporte à un acte de violence sexuelle perpétré après 1996 (année de début du conflit) par un ou plusieurs membres de groupes armés – membres des milices, soldats de l'armée congolaise et d'autres troupes, bandits/braconniers – dans l'une des régions qui a

abrité les affrontements ou les attaques de civils en masse. La VSNLC se rapporte à un acte d'agression sexuelle perpétré par un conjoint, un partenaire, un voisin ou un membre de la communauté sans aucun lien avec les combats même si elle est perpétrée pendant la période du conflit armé. Pour les analyses, une variable catégorielle à trois catégories a été créée avec "0" représentant l'absence d'exposition à la violence sexuelle, "1" l'exposition à la VSNLC et "2" l'exposition à la VSLC. Le tableau 3 présente toutes les caractéristiques des variables ayant trait à l'intensité de la violence sexuelle subie par les participantes.

4.7.3. Autres variables indépendantes

Les informations sur l'âge, le statut matrimonial, le nombre d'enfants mis au monde (parité), le nombre d'enfants vivants, la tribu, la religion, l'occupation professionnelle et le niveau d'éducation le plus élevé des participantes ont été recueillies dans la première section du questionnaire. Leurs potentiels effets modificateur ou confondant ont été évalués selon les variables dépendantes. Le tableau 3 récapitule l'ensemble des variables de l'étude.

Tableau III: Récapitulatif des variables concernées dans l'étude

Catégories de variables	Nom des variables	Nature	Définition, nombre de catégories si applicable
Santé mentale	Sévérité des symptômes de détresse psychologique	Continue	Score obtenu à partir du SRQ-20
		Catégorielle (TMC)	Variable créée à partir du point de césure 10/11
	Sévérité des symptômes de PTSD	Continue	Score obtenu à partir de l'IES-R
Santé reproductive	Avortement induit	Désir d'interruption de la grossesse issue de la violence sexuelle / Pratique d'avortement si service offert : catégorielles	Interruption de grossesse à l'aide d'un procédé mécanique ou en utilisant des médicaments (ex : concoctions, herbes). Oui/non
		Conditions dans lesquelles l'avortement a été pratiqué : catégorielle	Conditions d'avortement salubres / insalubres (conditions d'hygiène insuffisantes ou à risque pour la mère).
	Fistules	Catégorielle	Communications anormales entre le vagin et le tractus urinaire ou entre le vagin et le tractus alimentaire (rectum) ou les deux. Oui/Non
	DPC	Catégorielle	Douleurs pelviennes non cycliques qui durent plus de six mois et qui ne peuvent être soulagées à l'aide d'analgésiques narcotiques. Oui/Non
	Désir de rapports sexuels	Catégorielle	Désir d'avoir des rapports sexuels. Oui/Non
	Désir d'enfant	Catégorielle	Désir d'avoir d'autres enfants. Oui/Non

	Fausses Couches	Survenue d'une fausse couche : catégorielle	Grossesse interrompue de façon naturelle au cours des 20 premières semaines de gestation. Oui/Non
		Moment de survenue: catégorielle	Avant/Après l'agression sexuelle
Variable d'exposition et ses caractéristiques	Violence sexuelle	Expérience de violence sexuelle : catégorielle	Rapport sexuel forcé, mutilation génitale non liée aux rituels, autres types d'actes sexuels commis sous la menace. Pas d'exposition, VSNLC, VSLC
	Nombre d'agresseurs	Continue / Catégorielle	Nombre de personnes ayant simultanément participé à l'agression. Catégorisation : 1, 2, >2
	Profil des agresseurs	Catégorielle	Membre de la famille, voisin, membre des milices/hommes armés, autre (préciser)
	Fréquence de l'agression	Catégorielle / Continue	Acte isolé, Acte subis sur une période (préciser) / Nombre de fois où l'agression a été subie
Autres variables indépendantes	Nombre d'enfants	Continue / Catégorielle	Nombre d'enfants mis au monde (parité) et vivants. Catégorisation pour les analyses : 0, 1 à 5, 5 à 10, >10
	Statut matrimonial	Catégorielle	Célibataire, mariée, divorcée, veuve
	Âge	Catégorielle	Catégories construites pour les analyses : < 19, 19 à 24, 25 à 29, 30 à 34, 35 et plus
	Ethnie	Catégorielle	Hutu, Tutsi, Nande, Hunde, Shi, Havu, Rega, N'yanga, Autre (préciser)
	Occupation professionnelle	Catégorielle	Sans emploi/ménagère, Commerçante, Cultivatrice, Artisane, Enseignante, Autre (préciser)
	Niveau d'éducation	Catégorielle	Niveau scolaire le plus élevé qui a été atteint. Aucune, Maternelle, Primaire, Secondaire, Universitaire, Formation professionnelle
	Événement le plus difficile/traumatisant vécu	Catégorielle	Variable à 7 catégories regroupant les types d'évènements traumatisants rapportés.

4.8. Considérations éthiques

En raison du sujet et de l'épreuve que les femmes victimes de VSLC ont endurée, *le Collectif Alpha Ujuvi* a exigé des preuves du sérieux et de l'utilité de la recherche pour s'assurer qu'aucun dommage supplémentaire ne serait causé aux participantes. De leur côté, l'Université de Montréal ainsi que les directeurs de recherche de la candidate ont pris les mesures nécessaires pour que cette dernière soit en sécurité pendant son travail de terrain.

Le projet de thèse actuel a fait l'objet d'une demande d'approbation éthique auprès du Comité d'Éthique de la Recherche en Santé de l'Université de Montréal (CÉRES). En collaboration avec le comité d'éthique, la candidate a élaboré un formulaire de consentement qui informe les participantes de la recherche et des risques qu'elles encourent en y prenant part (Annexe 3). Dans le formulaire de consentement, la candidate s'engage aussi auprès des participantes à respecter les règles essentielles de la recherche avec les êtres humains.

En raison de la vulnérabilité de la population d'intérêt, surtout les femmes qui ont vécu des actes de violence sexuelle, plusieurs précautions ont été prises pour éviter que la recherche actuelle ne porte davantage préjudice aux participantes. Une assistance (écoute, accompagnement psychosocial) a été également offerte pour celles qui en exprimaient le besoin. Une entente a été conclue avec le *Collectif Alpha Ujuvi* pour que cette assistance soit offerte même après la fin de la collecte de données.

La présente recherche possède plusieurs avantages dont le principal est de contribuer à l'avancement des connaissances sur la situation des femmes congolaises en zone de conflit, plus

particulièrement celles qui ont vécu des actes de VSLC. Certains risques ou inconvénients sont également liés à la participation à l'étude. Le premier est lié à la nécessité pour les femmes de se remémorer l'acte de violence sexuelle subi (avec toutes ses caractéristiques) et d'aborder des questions personnelles voire très intimes comme la pratique d'avortement ou le désir de rapports sexuels. Un autre inconvénient est lié au statut de victime de violence sexuelle qui pourrait susciter des critiques et entraîner la stigmatisation des femmes concernées. Pour pallier à cela, le recrutement au travers des responsables de programme s'est fait sans l'utilisation du terme violence sexuelle et toutes les précautions ont été prises pour respecter la confidentialité des propos confiés par les femmes. De plus, aucune entrevue de groupe n'a été faite pour éviter que le statut de victime de violence sexuelle d'une femme ne soit dévoilé aux autres. Par ailleurs, l'anonymisation complète des questionnaires complétés et des entrevues a permis de protéger l'identité des participantes. Puisqu'elles ont l'habitude d'intervenir auprès des femmes vulnérables, les enquêtrices avaient également une bonne connaissance des règles éthiques en matière d'intervention sociale et des méthodes pour aborder des sujets sensibles. Ces points essentiels ont également été abordés au cours de la formation.

Au début de l'entrevue mais aussi à travers le formulaire d'information et de consentement, nous avons souligné l'importance d'obtenir des participantes un consentement à la fois libre et éclairé. En raison du faible taux d'alphabétisation dans la ville, un formulaire de consentement qui ne nécessitait pas la signature et l'écriture d'informations a été mis au point. Le formulaire a été traduit en Swahili, la langue parlée dans l'Est du pays, que tous les habitants lettrés peuvent lire et comprendre. La version Swahili de ce formulaire était donnée à chaque participante.

Quelques participantes mineures se sont présentées pour participer à l'étude. La plupart du temps, ces dernières étaient accompagnées de leur mère ou tuteur féminin (ex : tante) et dans ce cas, leur consentement était sollicité. Lorsque les filles mineures n'étaient pas accompagnées, il leur était demandé si leurs parents ont consentis à ce qu'elles participent et le questionnaire ne leur était administré que dans le cas d'une réponse positive.

L'étude n'a prévu aucune compensation financière pour les participantes en raison du montant de financement qui a été obtenu. Par contre, les frais de déplacement des participantes (environ 0.5 \$) vers le lieu indiqué au préalable pour la participation à l'étude ont été payés.

Puisque cette étude se révèle d'une grande importance pour les communautés de Goma ainsi que le gouvernement de la RDC, il est prévu que les résultats de recherche soient restitués. Un financement a été demandé auprès de l'Institut de la Santé des Femmes et des Hommes des Instituts de Recherche en Santé du Canada pour qu'un voyage puisse être effectué afin de présenter les résultats de recherche. Ce financement n'a pas été obtenu mais une nouvelle demande sera déposée auprès du Centre de Recherches pour le Développement International ou de l'Axe de santé Mondiale pour que les résultats soient restitués. Les résultats seront présentés aux communautés des différents quartiers de Goma, au *Collectif Alpha Ujuvi* et aux institutions nationales et internationales impliquées dans la lutte contre les violences sexuelles et la réhabilitation des victimes (UNFPA, Ministère du genre de la RDC, etc.).

4.9. Facteurs ayant favorisé ou entravé la collecte de données

Le principal élément ayant rendu la collecte de données de cette étude difficile est la reprise du conflit dans les environs de Goma en avril 2012 avec une intensification des combats et attaques

de civils entre juillet et octobre 2012. Cette situation a conduit à la modification du devis de recherche. Par ailleurs, la reprise des combats en juillet ainsi que les recommandations des autorités policières de limiter les déplacements, a inquiété la population et limité la participation des femmes les deux premières semaines de l'étude.

Par contre la collaboration avec le *Collectif Alpha Ujuvi* a grandement facilité le travail à cause de son implantation dans la communauté. Les responsables des programmes des différents quartiers qui ont été contactés ont spontanément offert leur aide pour diffuser le message de recrutement et ils ont également offert les locaux et les équipements pour pouvoir conduire les entrevues en respectant la confidentialité des propos des femmes. En plus de servir d'intermédiaire, le *Collectif Alpha Ujuvi* a mis à la disposition de la candidate les ressources humaines et matérielles nécessaires pour faciliter la collecte de données.

4.10. Analyse des données

Les données issues du questionnaire et du guide de l'entrevue ont été analysées séparément en raison de leur nature. Cependant, l'analyse qualitative des récits des femmes a permis d'expliquer certaines des relations qui existent entre les dimensions de la santé évaluées dans ce projet, à partir des données quantitatives. Dans les sections qui suivent nous présenterons les stratégies d'analyse de manière générale puis par objectifs de recherche le cas échéant.

4.10.1. Données quantitatives

Il s'agit des données issues du questionnaire de l'étude et qui concernent les quatre premiers objectifs de l'étude. Les données ont été analysées à l'aide du logiciel d'analyse SPSS, version 17.

Pour commencer, des analyses descriptives de l'échantillon concernant les variables sociodémographiques, l'exposition à la violence sexuelle (selon son type) et l'auto-perception de l'état de santé ont été faites. Les tableaux de fréquence ont permis de décrire les variables catégorielles alors que les variables continues ont été analysées avec les mesures de tendance centrale et de dispersion (moyenne, médiane, écart-type, minimum et maximum, etc.).

Dans un second temps, des analyses bivariées ont été conduites pour évaluer l'association entre la variable indépendante principale (violence sexuelle) et les variables sociodémographiques ou les variables indépendantes secondaires pour, entre autres, déterminer les potentiels facteurs de confusion. Ces analyses ont été effectuées avec des tests de χ^2 . Ensuite les associations entre les variables dépendantes (santé reproductive et santé mentale) et la violence sexuelle ont été évaluées pour répondre aux questions de recherche. Pour évaluer l'association entre la violence sexuelle et les issues de santé reproductive, le test du χ^2 ou le test exact de Fisher et les modèles de régression logistique binaire (bi ou multivarié en cas d'ajustement) ont été utilisés. En ce qui concerne la relation entre les variables de santé mentale et la violence sexuelle, le test F de student, les modèles de régression logistique binaire et de régression linéaire ont été utilisés. Les deux derniers modèles pouvaient être bivariés ou multivariés. Ces modèles ont été également utilisés pour faire les analyses d'interaction permettant de répondre aux questions des troisième et quatrième objectifs. Pour le premier et le quatrième objectif de thèse, un graphe (diagramme en bâtons) a été également dessiné. La normalité des variables continues a été graphiquement évaluée grâce aux histogrammes avec les courbes gaussiennes. Par contre pour des raisons d'interprétation les variables continues ont été catégorisées pour les tests de χ^2 et l'analyse de régression logistique binaire.

Puisque très peu de données manquaient (moins de 2% pour toutes les variables sauf pour le score de sévérité du PTSD où on observe 11% de réponses manquantes), aucune analyse d'imputation n'a été faite. Par contre, puisque l'administration de l'IES-R nécessite l'identification de l'évènement le plus difficile/traumatisant qui a été vécu, nous n'avons pu mesurer la sévérité des symptômes de stress post-traumatique auprès des 38 femmes qui ont déclaré ne jamais avoir vécu une telle épreuve. Les valeurs manquantes n'ont pas été imputées non plus.

4.10.1.1. Objectif 1 : violence sexuelle et santé reproductive

a. Variables concernées

Cinq variables dépendantes sont concernées par cet objectif :

- Les fistules (traumatiques ou obstétricales),
- Les DPC,
- Le désir de rapports sexuels,
- Le désir d'enfant,
- La pratique d'avortement induit, et
- Le désir d'interruption de la grossesse issue de la violence sexuelle.

Avoir subi la violence sexuelle (liée ou non au conflit armé) représente la variable d'exposition. Toute femme qui rapporte avoir subi au cours de sa vie un acte de VSNLC et un acte de VSLC a été classée dans le groupe de celles qui ont subi un acte de VSLC (considérée comme la plus sévère).

En plus des variables sociodémographiques, d'autres variables utilisées dans cet objectif font référence aux caractéristiques de l'agression sexuelle subie. Il s'agit des données sur le profil et le nombre d'agresseurs, le nombre de fois où la violence sexuelle a été subie et la fréquence de l'agression (événement isolé ou sur une période).

Toutes les variables qui étaient associées aux aspects de santé reproductive avec un degré de signification inférieur à 0.25 (selon les tests de χ^2) ont été incluses dans les analyses multivariées pour éliminer leur effet confondant potentiel (Hosmer 2004).

b. Analyses

La figure 3 présente le cadre d'analyse qui a été utilisé pour répondre aux questions de cet objectif.

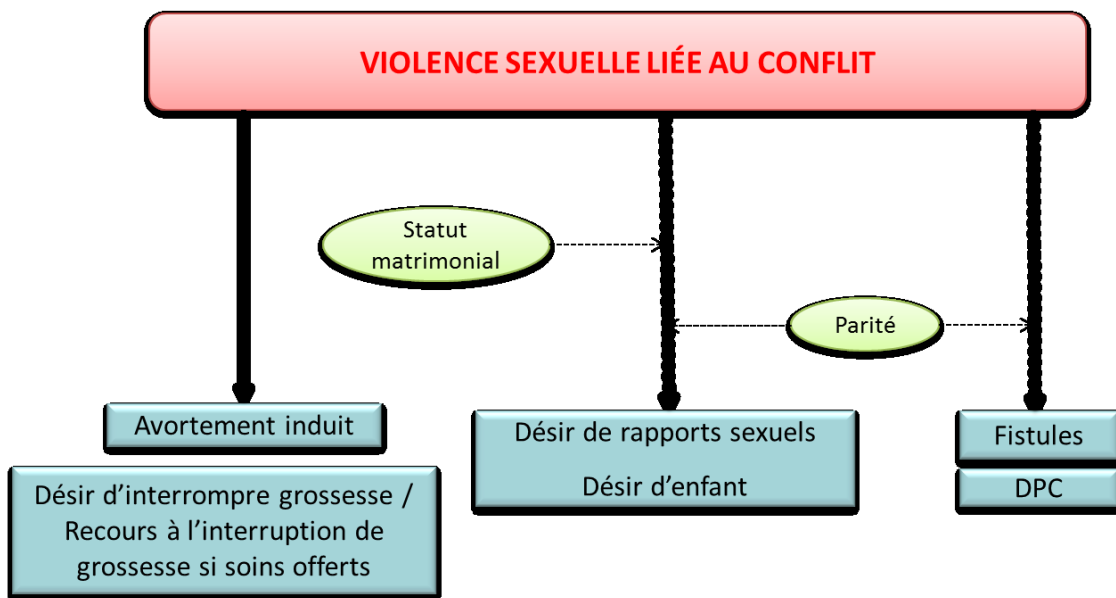


Figure 3 : Cadre d'analyse de l'objectif 1

Étant donné la nature catégorielle des variables dépendantes et des variables indépendantes principale comme secondaires, elles ont été décrites à l'aide de tableaux de fréquence. La comparaison de proportion de fistules, de DPC, d'absence de désir pour les rapports sexuels et d'absence de désir d'enfant chez les femmes en fonction du statut d'exposition à la violence sexuelle grâce à un test de χ^2 a permis d'évaluer la relation entre les variables dépendantes et l'exposition à la violence sexuelle. La différence de prévalence des aspects de santé reproductive selon le statut d'exposition à la violence sexuelle a également été graphiquement représentée à l'aide d'un diagramme en bâtons.

Une analyse de régression logistique binaire a été utilisée pour calculer les ratios de côtes de souffrir d'une fistule, de DPC, de ne pas désirer avoir des rapports sexuels ou d'enfant selon le statut d'exposition à la violence sexuelle ainsi que leurs intervalles de confiance. La même analyse a servi à évaluer l'effet modificateur de la parité et du statut matrimonial sur la relation entre la violence sexuelle et les aspects de santé reproductive. L'effet d'interaction a été évalué en faisant entrer successivement (par blocs) dans le modèle de régression des variables de santé reproductive la variable d'exposition à la violence sexuelle, puis les confondants potentiels (âge, statut matrimonial, nombre d'enfants, niveau d'éducation le plus élevé et occupation professionnelle), et enfin les termes d'interaction multiplicative (VS*parité ou VS*statut matrimonial). La variable parité a été introduite dans le modèle sous sa forme continue. Le test de Hosmer-Lemeshow a ensuite été utilisé pour évaluer la qualité des modèles de régression obtenus.

4.10.1.2. Objectif 2 : violence sexuelle et santé mentale

a. Variables concernées

Les variables dépendantes d'intérêt sont :

- Le score de *sévérité des symptômes de détresse psychologique*,
- Le score de *sévérité des symptômes de PTSD*, et
- La présence de TMC.

Ces trois variables ont été mesurées chez l'ensemble des participantes quel que soit leur statut d'exposition à la violence sexuelle.

La variable indépendante principale est toujours l'exposition ou non à la violence sexuelle dans le passé. Les variables sociodémographiques ont également été prises en compte comme possibles variables de confusion. Pour finir, une variable à 7 catégories qui représente l'évènement le plus difficile/traumatisant vécu par les participantes a été créée pour cet objectif.

Toutes les variables qui étaient associées aux indicateurs de l'état de santé mentale avec un degré de signification inférieur à 0.25 ont été incluses dans les analyses multivariées pour éliminer leur effet confondant potentiel (Hosmer 2004).

b. Analyses

Le cadre d'analyse utilisé pour répondre aux questions liées au présent objectif est présenté dans la figure 4. Il stipule que la violence sexuelle affecte négativement la santé mentale et que cette association est modifiée par l'âge, le statut matrimonial et la parité.

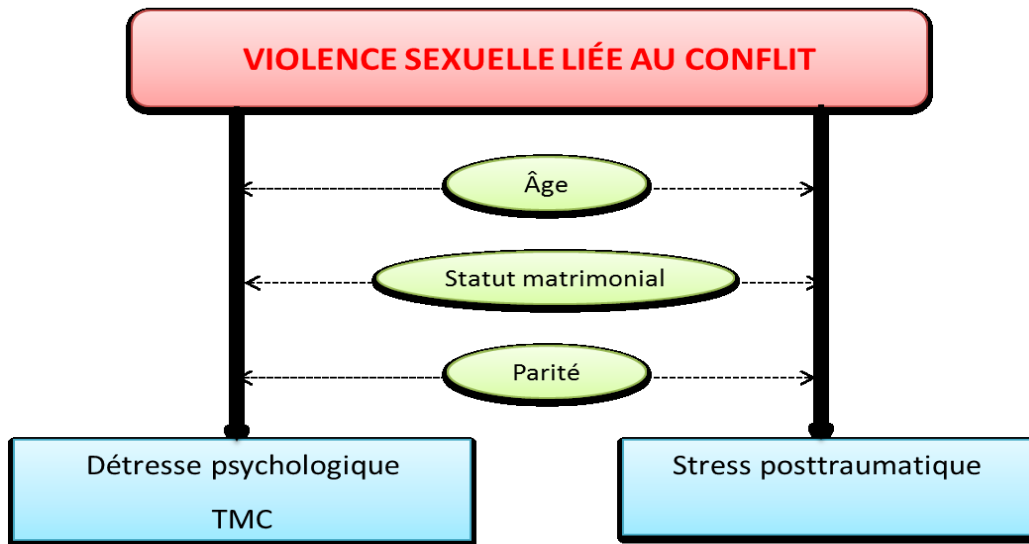


Figure 4 : Cadre d'analyse de l'objectif 2

Sévérité des symptômes de détresse psychologique

Les moyennes des scores de détresse psychologique dans les groupes de femmes exposées ou non à la violence sexuelle ont été calculées puis comparées à l'aide d'un test F de student. Pour identifier le groupe dont la moyenne des scores de détresse psychologique différait des autres, une analyse post-hoc a été conduite avec la méthode de Scheffé.

La comparaison de la prévalence de TMC dans les différents groupes de femmes selon leur statut d'exposition à la violence sexuelle a été faite grâce à un test de χ^2 .

Par la suite des analyses de régression logistique binaire ont été faites pour calculer le ratio de côtes de TMC dans le groupe des femmes qui ont subi des actes de VSNLC ou de VSLC comparées à celles qui n'ont jamais été victimes de violence sexuelle. Les ratios de côtes bruts et ajustés pour les facteurs confondants potentiels ainsi que leurs intervalles de confiance ont été estimés.

Pour finir, un modèle linéaire général univarié a permis d'évaluer l'interaction entre l'âge, le statut matrimonial ou la parité et la violence sexuelle en termes d'effets sur la *sévérité des symptômes de détresse psychologique*. Pour chacun des modèles, la variable d'exposition à la violence sexuelle a d'abord été sélectionnée, puis les variables indépendantes concernées (âge, statut matrimonial ou parité) et enfin les termes d'interaction multiple (VS*âge, VS*statut matrimonial ou VS*parité). Les variables « *âge* » et « *parité* » ont été insérées sous leur forme catégorielle. Lorsque le terme d'interaction était significatif, un diagramme en bâtons était dessiné pour évaluer la variation des effets de la violence sexuelle sur la *sévérité des symptômes de détresse psychologique* selon la variable d'interaction testée.

Sévérité des symptômes de PTSD

En ce qui concerne la variable « *sévérité des symptômes de PTSD* », les moyennes des scores dans les groupes de femmes exposées ou non à la violence sexuelle ont été calculées puis comparées à l'aide d'un test F de student. Ensuite, pour identifier le groupe dont la moyenne de score de PTSD différait des autres, une analyse post-hoc a été conduite avec la méthode de Scheffé.

Pour finir, l'évaluation du potentiel effet modificateur de l'âge, du statut matrimonial ou de la parité sur l'association entre la violence sexuelle et la *sévérité des symptômes de PTSD* a été faite à l'aide d'un test d'interaction avec un modèle linéaire général univarié. Pour chacun des modèles, la variable d'exposition à la violence sexuelle a d'abord été sélectionnée, puis les variables indépendantes concernées (âge, statut matrimonial ou parité) et enfin les termes d'interaction multiple (VS*âge, VS*statut matrimonial ou VS*parité). Les variables « *âge* » et «

parité » ont été insérées sous leur forme catégorielle. Lorsque le terme d'interaction était significatif, un diagramme en bâtons était dessiné pour évaluer la variation des effets de la violence sexuelle sur la *sévérité des symptômes de PTSD* selon la variable d'interaction testée.

4.10.1.3. Objectif 3 : contribution de la santé reproductive aux effets de la violence sexuelle sur la santé mentale

Les variables de santé reproductive et mentale suivantes sont concernées par cet objectif :

- Les fistules,
- Les DPC,
- Le score de *sévérité des symptômes de détresse psychologique*, et
- Le score de *sévérité des symptômes de PTSD*.

Avoir subi la violence sexuelle liée ou non au conflit armé dans le passé représente toujours l'exposition. Les variables sociodémographiques associées aux indicateurs de santé mentale (variables dépendantes) avec un degré de signification inférieur à 0.25 (âge, statut matrimonial, nombre d'enfants, niveau d'éducation le plus élevé et occupation professionnelle) ont été également incluses dans les modèles multivariés construits pour répondre aux questions de cet objectif.

Le cadre d'analyse utilisé pour répondre aux questions liées au présent objectif est présenté dans la figure 5. Il stipule que l'effet de la violence sexuelle sur la santé mentale peut varier en fonction de la présence de sérieux problèmes de santé reproductive tels que les fistules et les DPC.

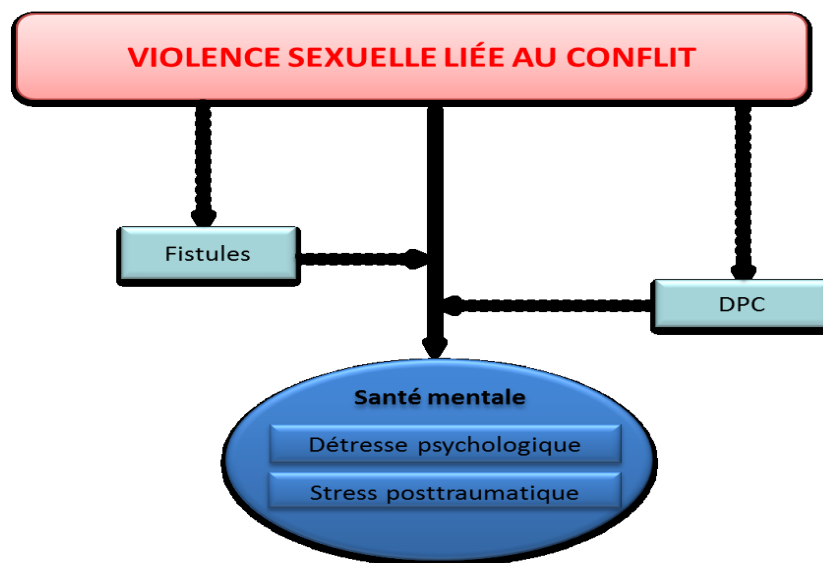


Figure 5 : Cadre d'analyse de l'objectif 3

Pour chacune des variables *sévérité des symptômes de détresse psychologique* et *sévérité des symptômes de PTSD*, l'effet d'interaction entre la violence sexuelle et la présence d'issues de santé reproductive (fistule ou DPC) a pu être testé grâce à une analyse de régression linéaire multivariée. Les analyses ont été faites séparément pour chacun des indicateurs de santé mentale.

Pour le premier modèle qui évalue l'interaction entre la violence sexuelle et la présence de fistule, une variable *dummy* (violence sexuelle*fistule) a été créée. Cette variable à 6 catégories a permis de classer les participantes à la fois selon leur statut d'exposition et le développement d'une condition de fistule. Pour les analyses, les femmes qui n'ont jamais subi des actes de violence sexuelle et qui n'ont pas développé de fistule ont été considérées comme catégorie de référence.

Dans le second modèle qui évalue l'interaction entre la violence sexuelle et les DPC, une deuxième variable *dummy* (violence sexuelle*DPC) a été créée. De manière similaire, les femmes

qui n'ont jamais subi d'agression et qui n'ont pas de DPC ont été choisies comme catégorie de référence. L'effet d'interaction a été évalué en faisant entrer successivement (par blocs) dans le modèle de régression la variable dummy (VS*problème de santé reproductive) puis les confondants potentiels (âge, statut matrimonial, nombre d'enfants, niveau d'éducation le plus élevé et occupation professionnelle).

Par ailleurs, des analyses stratifiées accompagnées de tests de χ^2 ont permis de comparer les prévalences de TMC selon l'exposition à la violence sexuelle et la présence de problèmes de santé reproductive comme les fistules et les DPC. Un test d'interaction multiplicative avec le modèle de régression logistique n'a pu être fait à cause de la présence d'un zéro structurel. En effet, toutes les femmes qui ont subi un acte de VSNLC et qui ont développé une fistule sont des cas probables de TMC. En d'autres termes, dans le groupe des femmes qui ont subi des actes de VSNLC et ont développé une fistule, aucune n'est exempte de TMC.

4.10.1.4. Quatrième objectif : contribution de la santé mentale aux effets de la violence sexuelle sur la santé reproductive

Cet objectif évalue l'effet de la santé mentale sur l'association entre la violence sexuelle et le désir de rapports sexuels d'une part ainsi que l'association entre la violence sexuelle et le désir d'enfant d'autre part. Le cadre d'analyse utilisé pour répondre aux questions liées au présent objectif est présenté dans la figure 6. Il stipule que l'effet de la violence sexuelle sur le désir de rapports sexuels et le désir d'enfant est modulé par l'état de santé mentale (*sévérité des symptômes de détresse psychologique ou sévérité des symptômes de PTSD*).

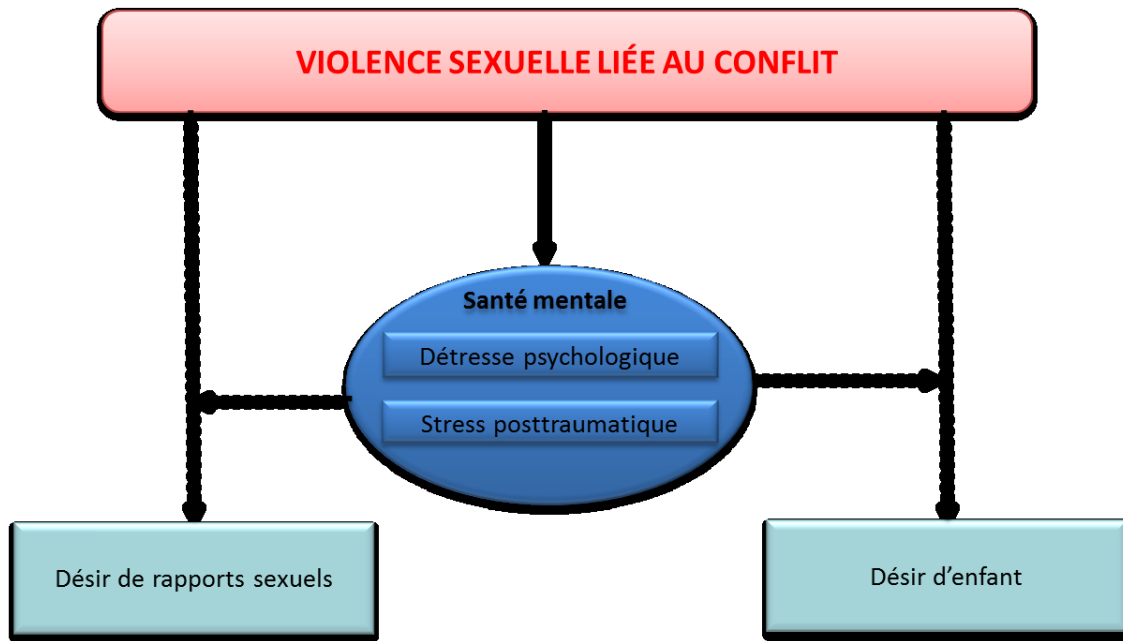


Figure 6 : Cadre d'analyse de l'objectif 4

Une analyse de régression logistique binaire a été conduite pour évaluer si le *score de détresse psychologique* ou le *score de sévérité des symptômes de PTSD* sont des variables modificatrices d'effet en ce qui concerne la relation entre la violence sexuelle et les deux issues de santé reproductive précédemment citées. L'effet d'interaction a été évalué en faisant entrer successivement (par blocs) dans le modèle de régression la variable d'exposition à la violence sexuelle, puis les confondants potentiels (âge, statut matrimonial, nombre d'enfants, niveau d'éducation le plus élevé et occupation professionnelle) et enfin les termes d'interaction multiplicative (VS*Score de santé mentale).

4.10.2. Données qualitatives (cinquième objectif, conséquences sociales de la VSLC)

Une analyse de contenu des entrevues, beaucoup plus adaptée à nos questions de recherche, a été faite à l'aide d'un logiciel d'analyse qualitative, QDA Miner (Miles and Huberman 2003). L'analyse de contenu est la méthode qui cherche à rendre compte des propos des interviewés de

la façon la plus objective et la plus fiable possible (Andreani and Conchon 2005). Selon les mêmes auteurs, son fondateur (Berelson) la décrit comme « une technique de recherche pour la description objective, systématique et quantitative du contenu manifeste de la communication ».

Pour commencer, les entrevues enregistrées ont été transcrites dans leur intégralité par la candidate. Ensuite, les récits des participantes ont été importés dans QDA Miner et la candidate a procédé à un codage ouvert des données, étape dont le but est de ressortir tous les thèmes mentionnés par les participantes. Cette manière de procéder permet à l'analyste de ne pas s'imposer des thèmes qui proviennent d'un cadre conceptuel et donc de laisser émerger l'ensemble des concepts mentionnés par les personnes interviewées (Paillé and Mucchielli 2006). Le codage ouvert consiste à repérer, à l'aide des questions du guide d'entretien, les extraits ou passages du texte et leur attribuer des codes. Ces codes représentent les sous-catégories qui correspondent à des aspects spécifiques de thèmes plus généraux. Pour finir, les sous-catégories (codes) sont comparées et regroupées en dimensions plus globales et plus larges que sont les catégories. Ces catégories constituent les thèmes qui sont utilisés pour analyser et tirer des conclusions quant aux questions de recherche. Le codage étant ouvert, la grille d'analyse qui a permis de coder les récits a été construite progressivement.

Afin de s'assurer de la validité du codage, un des membres du comité de direction a été consulté après le codage de deux premières entrevues. L'objectif de cette confrontation était de s'assurer que les codes attribués correspondaient bien aux unités de sens qu'ils étaient censés définir. À la fin de cette séance de travail, des corrections ont été apportées à la grille de codage. Le même exercice a été fait à la fin du codage des 12 entrevues. Ensemble, la candidate et le membre du comité de direction ont réorganisé les catégories qui ont été utilisées pour induire le cadre théorique proposé dans l'article 3 de la présente thèse.

Une fois le codage terminé, une analyse transversale des récits a permis de ressortir les thèmes reliés au vécu quotidien des participantes selon leur perception et la contribution de leur communauté/entourage (lifeworld) à la description qu'elles font de leur vie. Les thèmes qui se rapportent à la relation des femmes avec l'enfant issu de l'acte de violence sexuelle subi, la manière dont cet enfant est traité par l'entourage et leurs besoins de prise en charge pour une complète réhabilitation ont été également identifiés.

Par la suite, la méthode de théorisation ancrée a été utilisée pour induire un cadre théorique qui fait état des conséquences sociales de l'exposition à la VSLC. Le cadre prend également en compte tout le contexte socioculturel qui favorise ces conséquences. Le phénomène central utilisé pour construire le cadre induit est l'auto-perception de sa vie en tant que victime et mère d'un enfant issu d'un viol. Dans un deuxième temps, les éléments (ex : normes et valeurs culturelles) qui conditionnent les réactions de la communauté et sont à l'origine de la manière dont les victimes perçoivent leur vie ont été identifiés. Pour finir, les conséquences sur le plan social et mental du traitement qui est réservé aux victimes de VSLC ainsi que l'enfant issu de la violence sexuelle subie ont été ressorties. Ce dernier point permet de comprendre en partie le processus par lequel l'exposition à la VSLC pourrait affecter la santé mentale et reproductive. Les moyens pris pour garantir la scientificité des analyses quantitatives et qualitatives effectuées sont décrites dans la section validité de la thèse.

CHAPITRE V : Résultats

La section résultats de cette thèse est subdivisée en quatre parties. La première décrit les caractéristiques de l'échantillon à l'étude. Les trois parties subséquentes présentent les trois articles de la thèse ainsi que les résultats complémentaires concernant chacun des objectifs qui n'ont pas été insérés dans les publications. Un récapitulatif des résultats est également fait à la fin de chaque article.

5.1. Description de l'échantillon à l'étude

Puisque les statistiques disponibles ne permettaient pas de déterminer la proportion de femmes de la RDC exposées à la VSNLC ou la VSLC, il a été entrepris d'augmenter la taille de l'échantillon afin de pouvoir avoir un nombre suffisant de femmes dans chacune des catégories. En anticipant qu'une proportion de femmes identique à celle rapportée par l'EDS a subi la VSLC (24%), la taille d'échantillon maximale obtenue avec les calculs (255) a été augmentée proportionnellement. Ainsi, 320 femmes des quatre quartiers de Goma ont été interrogées au sujet de leur exposition ou non à la violence sexuelle et leurs problèmes de santé. Aucune des femmes qui se sont volontairement présentées pour participer à l'étude n'a refusé de compléter le questionnaire après que l'objet de l'étude ait été dévoilé. En ce qui concerne la partie qualitative de l'étude, treize femmes au total ont été invitées à participer et douze d'entre elles ont complété l'entrevue.

Les participantes étaient âgées de 15 à 45 ans, la moyenne et l'écart-type étant respectivement de 27.7 ans et 8.2 ans. Pour catégoriser la variable âge, nous avons utilisé les tranches d'âge retrouvées dans la plupart des écrits retrouvés sur le sujet (incluant les rapports de l'OMS sur la violence sexuelle). La majorité d'entre elles (206/320, soit 64%) sont mariées. La majorité des femmes (91.1%) étaient de confession chrétienne. Plus du quart (38%) exerçaient la profession de

revendeuse (petit commerce de quartier) ou étaient des mères au foyer (28%). Le nombre d'enfants mis au monde (parité) ou encore en vie allait de 0 à 14 avec des moyennes respectives de 3.8 et 3.6 enfants. Le nombre d'enfants a été mesuré sur toute la période de vie. En ce qui concerne le niveau d'éducation, 212 femmes sur 320 (66%) ont niveau d'éducation inférieur au primaire dont 38% n'ont jamais fréquenté l'école. Le tableau 4 présente les différentes variables ainsi que leur distribution pour l'échantillon d'étude.

Pour ce qui est de l'exposition à la violence sexuelle, 117 femmes sur 320 (36.5%) ont déclaré avoir subi un acte de violence sexuelle au cours de leur vie. La dernière EDS rapporte une proportion de 24% de femmes qui ont vécu la violence sexuelle au cours de leur vie dans la province concernée. Environ 21% des participantes à l'étude, soit plus de la moitié des femmes qui ont été victimes de violence sexuelle (57.3%), ont rapporté que l'agression a été perpétrée en lien avec le conflit armé. Quatre des participantes (3.4%) ont déclaré avoir subi à la fois des actes de VSNLC et de VSLC avant leur entrevue.

Des douze femmes qui ont participé à la partie qualitative de l'étude, 67% étaient mariées au moment de l'étude, 17% étaient célibataires et 8% étaient séparées ou veuves. Sept des femmes ont été violées à l'âge adulte et 11 d'entre elles avaient d'autres enfants en dehors de celui issu de la violence sexuelle subie. Une des femmes a déclaré avoir accouché d'un mort-né pour l'enfant issu de la violence sexuelle subie. L'âge des participantes à ce volet (au moment de l'entrevue) n'a pas été enregistré parce que l'effet de cette variable n'était pas d'intérêt. Pour les mêmes raisons, le nombre d'enfants n'a pas non plus été enregistré pour cette partie de l'étude. Toutes les femmes habitaient la ville de Goma au moment de l'étude, une zone urbaine.

Tableau IV: Profil sociodémographique des participantes à l'étude transversale épidémiologique

Variable	Catégories	Nombre (%)
Âge	Moins de 19 ans	57 (17.8%)
	20 à 24 ans	77 (24.1%)
	25 à 29 ans	60 (18.7%)
	30 à 34 ans	38 (11.9%)
	Plus de 35 ans	88 (27.5%)
Statut matrimonial	Célibataire	57 (17.8%)
	Mariée	206 (64.4%)
	Séparée/divorcée	42 (13.1%)
	Veuve	15 (4.7%)
Tribu	Hutu	155 (48.4%)
	Tutsi	10 (3.1%)
	Shi	33 (10.3%)
	Havu	30 (9.4%)
	Nande	17 (5.3%)
	Rega	9 (2.8%)
	Hunde	34 (10.6%)
	Autres	31(9.7%)
Niveau d'éducation le plus élevé atteint	Aucune éducation	82 (25.6%)
	Niveau primaire	130 (40.6%)
	Niveau secondaire ou alphabétisation	97 (3.4%)
	Formation professionnelle	11 (30.3%)
Religion	Chrétienne	287 (91.1%)
	Musulmane	7 (2.2%)
	Autres	21 (6.7%)
Occupation professionnelle	Cultivatrice	62 (19.4%)
	Commerçante	120 (37.5%)
	Sans emploi/mère au foyer	91 (28.4%)
	Autres	47 (14.7%)
Nombre d'enfants mis au monde (parité)	Entre 0 et 4	199 (62.4%)
	Entre 5 et 10	109 (34.2%)
	Plus de 10	11 (3.4%)
Nombre d'enfants vivants	Entre 0 et 4	233 (73%)
	Entre 5 et 10	83 (26%)
	Plus de 10	3 (1%)

5.2. Premier article de la thèse

Titre : Fistules et autres issues de santé reproductive chez les femmes victimes de violence sexuelle liée aux conflits : une étude transversale populationnelle

Auteurs : Nissou Ines Dossa, Maria Victoria Zunzunegui, Marie Hatem, William Fraser

Ce manuscrit a été accepté pour publication par le journal Birth en novembre 2013. Il est paru en mars 2014.

Contribution de l'étudiante

La candidate a construit le questionnaire de l'étude. Elle a également supervisé et participé à la collecte de données sur le terrain puis construit la base de données pour la partie quantitative de l'étude. Pour finir, la candidate a effectué toutes les analyses statistiques en lien avec cet article et rédigé le manuscrit qui a été soumis.

Contribution des co-auteurs

Dr. Zunzunegui et Dr. Hatem ont, de par leurs commentaires et remarques, contribué à finaliser le questionnaire d'étude. Elles ont également contribué à l'élaboration du plan d'analyse des données utilisées dans cet article et prodigué des conseils tout au long de la rédaction. Dr. Fraser a lu et commenté le manuscrit finalisé.

5.2.1. Présentation de l'article 1

La revue de littérature permet de conclure que la VSLC possède des caractéristiques particulières qui la distinguent de la VSNLC. Elle est perpétrée avec une grande violence, la plupart du temps, par plusieurs hommes et sur une longue durée avec séquestration.

La revue de la littérature démontre également que la VSNLC peut avoir des effets sur la santé reproductive des femmes. Elle a été associée, entre autres, aux DPC et à la réduction de désir de rapports sexuels. Les femmes qui sont exposées à la violence sexuelle conjugale ont également plus tendance à pratiquer des avortements induits. Les études consultées ont aussi démontré qu'une grande proportion des femmes qui ont vécu la VSLC ont développé des fistules. Le désir de rapports sexuels et d'enfant sont des variables qui dépendent de la condition physique des femmes mais aussi d'autres facteurs sociodémographiques. Par exemple, le statut matrimonial et la parité de la femme peuvent influencer son désir de rapports sexuels et d'enfant. Les femmes mariées pourraient continuer à avoir un désir de rapports sexuels et d'enfant parce que, socialement, elles ont l'obligation de satisfaire leurs conjoints et de « faire des enfants ». Les femmes qui ont déjà plusieurs enfants pourraient également être plus enclines à ne pas désirer en avoir d'autres.

Cet article étudie l'association entre la VSLC et les fistules, les DPC, les avortements induits, l'absence de désir de rapports sexuels, l'absence de désir d'enfant et enfin le désir d'interruption de la grossesse issue de la violence sexuelle. Les femmes victimes de VSLC ont été comparées à celles qui ont vécu la VSNLC (perpétrée par les conjoints/partenaires, les membres de la famille, les voisins, les amis et les collègues) et celles qui ont déclaré n'avoir jamais subi de violence

sexuelle au cours de leur vie. L'objectif était de démontrer que la VSLC affecte la santé reproductive et que ses effets surpassent même ceux de la VSNLC. Ont également été évalués, les effets des variables sociodémographiques statut matrimonial et parité sur la relation entre la violence sexuelle et le désir de rapports sexuels ou d'enfant.

**FISTULA AND OTHER ADVERSE REPRODUCTIVE HEALTH OUTCOMES AMONG
WOMEN VICTIMS OF CONFLICT-RELATED SEXUAL VIOLENCE: A
POPULATION-BASED CROSS-SECTIONAL STUDY**

Nissou Ines Dossa,¹ Maria Victoria Zunzunegui,^{1,2,3} Marie Hatem, William Fraser,⁴

¹Département de médecine sociale et préventive, École de Santé Publique de l'Université de
Montréal

²Institut de Recherche en Santé Publique de l'Université de Montréal (IRSPUM)

³Centre de Recherche du Centre Hospitalier de l'Université de Montréal (CRCHUM)

⁴Department of Obstetrics and Gynecology, Université de Montréal

Correspondance to: Nissou Ines Dossa, Département de médecine sociale et préventive Faculté
de médecine, Université de Montréal

Civil address: 7101, Parc ave, Montreal, Quebec H3N 1X9

Postal address: Département de médecine sociale et préventive, École de Santé Publique de
l'Université de Montréal, C.P 6128, succursale Centre-ville Montréal, QC, Canada H3C 3J7

ABSTRACT

Background: Sexual violence (SV) is being used widely as a weapon of war. However, few studies have investigated its health effects. The objective of the present study is to investigate the relationship between sexual violence and several serious reproductive health conditions including fistula.

Methods: We conducted a cross-sectional study among 320 women living in Goma, the Democratic Republic of Congo. We assessed the association of four outcomes: fistula, chronic pelvic pain (CPP), desire for sex and desire for children, with SV in two contexts: conflict-related (CR) and non-conflict-related (NCR). Two groups of women: those who experienced CRSV and those who experienced NCRSV, were compared to women who did not experienced SV. Data were collected by trained interviewers using a standard questionnaire.

Results: Compared to women who did not experience SV, after adjustment for potential confounders, women who experienced CRSV were significantly more likely to have fistula (OR=11.1 CI 95% [3.1-39.3]), CPP (OR=5.1 CI 95% [2.4-10.9]) and absence of desire for sex (OR=3.5 [1.7-6.9]) and children (OR=3.5 CI 95% [1.6-7.8]). Women who experienced NCRSV did not have higher odds for fistula and absence of sexual desire; however, they seemed more likely to report CPP (OR=2.3 [0.95-5.8]) and more likely to report absence of desire for children (OR=2.7 [1.1-6.5]).

Conclusion: CRSV can contribute to women's adverse reproductive health outcomes. Its impact is more devastating than that of NCRSV.

Keywords: Armed conflict, sexual violence, fistula, chronic pelvic pain, reproductive health

INTRODUCTION

During past and current armed conflicts in many regions of the world, women and girls are often victims of a particular form of violence: rape used as weapon. The Democratic Republic of Congo (DRC), which is in the throes of armed conflict since 1996, is a glaring example of such atrocities. Since 1998, the two eastern provinces - North and South Kivu - have been partially under the control of several rebel forces who are using rape to terrorize communities and destroy them (Kippenberg 2002).

Even aside from the context of armed political conflicts, the aftermath of rape and sexual abuse is physical, psychological and long lasting (Heise, Pitanguy et al. 1994, Heise, Ellsberg et al. 2002, WHO 2002). Recently, the combined efforts of women's organizations, health experts and governments have raised public awareness regarding rape as a public health concern (Heise 1996, Garcia-Moreno, Jansen et al. 2006). It has been shown that such violence has damaging effects on some aspects of reproductive health such as: high-risk sexual behavior (Irwin, Edlin et al. 1995, Wingood and DiClemente 1998), chronic pelvic pain (Rapkin, Kames et al. 1990, Collett, Cordle et al. 1998), bleeding during pregnancy (Janssen, Holt et al. 2003, Moraes, Reichenheim et al. 2009), Sexually Transmitted Diseases including HIV/AIDS (Irwin, Edlin et al. 1995, Wingood and DiClemente 1998), lack of interest in sex (Randolph, Reddy et al. 2006) and low-birth weight (Shah, Shah et al. 2010). Sexual violence used as a weapon of war is known to be different from the one committed as an isolated act of aggression in terms of severity of the violence and number of perpetrators (Kippenberg 2002, Hynes 2004). Its impact on reproductive health may be different also.

To assess and document an impact of armed conflict related sexual violence, we investigated some important reproductive health outcomes of three groups of women living in the DRC: those who experienced conflict-related sexual violence, those who experienced sexual violence that was not conflict-related and those who had never experienced such acts. Reproductive health outcomes studied include fistula (traumatic or obstetric), chronic pelvic pain, desire for sex, desire for children, and pregnancy prevalence and results.

METHODS

Study design and population

Between July and August 2012, we conducted a cross-sectional study among women of reproductive age (15 to 45 years old) who were living in Goma. We compared three groups of women with different experience of sexual violence (SV): those who suffered conflict-related sexual violence (CRSV), those who suffered SV that was not conflict-related (NCRSV), and those who had not suffered any SV. They were compared with respect to several adverse reproductive health outcomes.

Goma is the capital of the North-Kivu province with a population estimated at around 400.000. From a small town of marginal importance in 1996, it has turned into a regional multi-ethnic, military and economic center since the beginning of the armed conflict (Büscher and Vlassenroot 2010). We chose the *Collectif Alpha Ujuvi*, a non-governmental organization (NGO), as collaborator. The *Collectif Alpha Ujuvi* aims to empower women by teaching them literacy in Swahili, a common language in Central Africa. They also hold peaceful conflict-resolution meetings aiming at resolving disputes on land ownership between neighbors and avoid the use of

violence. In various ways, the *Collectif Alpha Ujuvi* provides support to communities, including women who experienced CRSV, and was able to provide access to potential participants.

Sample size was calculated before data collection with Hsieh formulas (Hsieh, Bloch et al. 1998).

Computations were done for each of the reproductive health outcomes investigated for $\alpha=0.05$ and $\beta=0.80$, assuming an odds ratio of 2 and a prevalence of exposure to violence of 24%.

Calculations yielded samples sizes comprised between 170 and 255. In prevision of potential missing data, 320 women were interviewed in accordance with available funding.

Data collection procedures

Data were collected using a standard questionnaire administered in Swahili, except in French for one woman, through individual interviews. Potential participants were identified in four Goma neighborhoods through the teachers of literacy sessions and leaders of the peaceful conflict-resolution meetings. We informed them about the study and asked them to spread the word among women living in their neighborhoods. More specifically, we asked them to let women know that a researcher wanted to talk to women aged between 15 and 45 years. Any woman interested in participating was told by the respective leaders to meet the primary investigator and interviewers on a set date, time and place. Recruited participants were either interviewed on the *Collectif Alpha Ujuvi's* premises or another mutually agreed location. At the beginning of the interview, we ascertained age eligibility then explained that we were interested in talking to women regardless of their experience with SV. Age was the only inclusion and exclusion criterion. Qualified participants were then asked to give their informed consent before completion of interview.

Interviews were conducted by two locally recruited interviewers who spoke both French and Swahili. They had experience as social workers for women with different needs including those who had experienced CRSV. They were trained and supervised to minimize information bias during interviews. The specific hypotheses of the study were not disclosed to them or to the *Collectif Alpha Ujuvi's* employees.

Ethics Committee approval

The Ethics Committee of Université de Montréal (Comité d'éthique de la recherche en santé) reviewed the study objectives, design and precaution taken to avoid stigma, as well as mechanisms to guarantee confidentiality (individual interviews, in closed space, outside the woman's house) and safety of the research team. It also ensured that support will be offered to participants who experienced SV in case of need. In fact, an agreement was concluded with the *Collectif Alpha Ujuvi* for them to provide assistance to any participant who expressed the need after taking part in this study. This NGO provides help to women in various aspects of life. Participants were informed about that source of assistance at the end of their interview and with the consent form translated in Swahili. Along with its partners (e.g. HEAL Africa, CARITAS), the *Collectif Alpha Ujuvi* provides a range of services including health care, psychosocial assistance and education. Data collection began after the approval of the committee was granted.

Variables

Exposure variable

During the interviews, women were asked if they had been raped or experienced other forms of forced sexual acts. Any SV committed after 1996 by armed men, military personnel or bandits, in areas where clashes between government militaries and rebellion took place, was considered

conflict-related (CRSV). SV experienced in other contexts was considered non-conflict related (NCRSV). Circumstances surrounding the aggression such as: number of aggressors and assaults, and length of sequestration if detained, were recorded for both CRSV and NCRSV.

Reproductive Health outcomes

For all participants, we obtained self-reported information on the following reproductive health outcomes: traumatic or obstetric fistula (fistula), chronic pelvic pain (CPP), desire for sexual intercourse, and desire for bearing children.

Fistula was defined as presence of communication between vagina and bladder or rectum resulting in incontinence. To assess if participants have suffered from fistula, the following question was asked: “Have you ever had a fistula?” If “yes” when and in what circumstances did this condition developed? For women who experienced SV and became pregnant, cases of fistula reported could be traumatic or obstetric because women were not specifically asked if the condition was developed immediately after the assault or eventually during the childbirth which occurred after their rape. CPP was defined as a recurrent, chronic or constant pain in the lower abdominal region, distinct from dysmenorrhea. Women were asked the following question: “Are you suffering from chronic pelvic pain? Since when are you having this problem?” When asking both questions, definitions for fistula and CPP were used to help women identify the outcome of interest. For both fistula and CPP, time of onset was ascertained to ensure that those taken into account occurred after the experience of SV for those who experienced it.

Desire for sex and desire for bearing children were ascertained by asking women if they were interested in having sexual intercourse and if they were willing to have another child. The reasons why women were willing or not willing to have children in the near future were also recorded with an open-ended question.

Additional information on pregnancy outcome was obtained from women who experienced NCRSV and CRSV. They were asked if they became pregnant after the aggression, and the outcome of the pregnancy: live birth, miscarriage or aborted. They were also asked about their desire to abort and whether there was any attempt to do so.

Covariates

Socio-demographic characteristics which might cause bias in our investigation were ascertained. They were chosen based on the literature and their association with SV or the reproductive outcomes of interest. They included: age, marital status, tribe, number of children, religion, education, and occupation.

Data analysis

Data collected were analyzed using SPSS software, version 17.0. Bivariate (Chi-square and bivariate logistic regression) and multivariate analyses (multiple logistic regressions) were conducted for each of the reproductive health outcomes. The Hosmer-Lemeshow test was used to evaluate goodness of fit of logistic regression models. Multivariate models included all covariates that attained a p value of 0.25 or less in the bivariate analyses. For women who experienced CRSV or NCRSV, odds ratios for each of the four reproductive health outcomes were estimated, using women who did not experience SV as the reference group. Additional regression models were fitted using the NCRSV as reference group to compare directly women who experienced CRSV to those who experienced NCRSV.

RESULTS

Socio-demographic variables and experience of SV

The final sample comprised 320 women, age ranged from 15 to 45 years (mean= 27.7, SD=8.22). The majority (64.4%) were married while 17.8% and 13.1% were respectively single or separated/divorced at the time of the interview. Almost half of participants (48.4%) identified themselves as Hutu. Most of women were Christian (91%) and had completed less than primary education (66.3%). Among those with less than primary education (212), 38% never went to school. In terms of occupation, most women were involved in small trades or farming. Number of children ranged from 0 to 14 (Mean=3.84, SD=3.04).

Table 1 shows the distribution of socio-demographic characteristics by experience of SV. There were significant differences (chi-square $p < 0.05$) amongst the three groups with respect to: age, marital status, and occupation. More women who experienced CRSV were: 25 years old and older, either separated/divorced or widowed, and reported as occupation, either farmers or traders. Women who experienced NCRSV were less educated, with a lower percentage having more than a primary school education, than the other two groups ($p=0.076$). It also appeared that women who experienced CRSV had more children than the other two groups, and women who experienced NCRSV had the lowest number of children ($p=0.11$). Based on these results, we used age, number of children, marital status, occupation and education as covariates in the multiple regression analyses. For those multiple regression models, the first two covariates were categorized as described in table 1.

Over 60% of women who experienced CRSV were assaulted by more than one man compared to 10% of those who experienced NCRSV (Table 2).

Reproductive health outcomes and sexual violence

In our study, 7.6%, 17.1%, and 3.8% of the participants suffered fistula, CPP or both issues respectively.

Prevalence of fistula (obstetric or traumatic) and absence of desire for sex were highest among those who experienced CRSV. Differences between NCRSV and those who did not experience SV for these two outcomes were negligible. Prevalence of CPP and absence of desire for children were lowest among those with no experience of SV, intermediate among those who experienced NCRSV, and highest among those who experienced CRSV (Figure 1).

Bivariate statistical analyses showed that the above observations were statistically significant ($p < 0.0001$) (Table 3). Odds of having a fistula were 10.4 (95% CI 3.9-27.9) for those who experienced CRSV when compared to those who never experienced any SV. Considering only women who experienced SV in either context, odds ratio of having fistula was 4.2 (95% CI 1.5-13.4) for those assaulted by two or more men compared to those assaulted by one man. Just among those who experienced CRSV, comparable odds were 2.7 (95% CI 0.7-10.6).

In the multiple logistic analyses, odds ratios for the four reproductive health outcomes were estimated after adjusting for the covariates: age, marital status, education, occupation, and number of children (Table 4). In each case, women with no experience of SV constituted the reference group. For women who experienced CRSV, odds ratio for fistula remained high at 11.1 (95% CI 3.1-39.3), and odds ratio for CPP was 5.1 (95% CI 2.4-10.9). Odds ratios for absence of desire for sex and absence of desire for children were both 3.5 (95% CI's 1.7-6.9; 1.6-7.8). For those who experienced NCRSV, odds ratio for CPP was 2.3 (95% CI 0.95-5.8), odds ratio for absence of desire for children was 2.7 (95% CI 1.1-6.5). For those who experienced CRSV and

did not desire to have children, reasons given were: “pregnancy and child associated with painful experience of aggression”, “rejection by husbands”, and “negative perceptions of men”. “Difficulty in caring for the children they already had” was cited by all women who experienced SV as reason for not desiring more children. Participants who still desired having children gave these reasons: “still young and healthy to bear children”, “need to have a big family”, and “need to bear children to keep their husbands”.

To compare directly the two groups of women who experienced SV, additional regression models were fitted using the NCRSV as reference group and the same covariates. Results showed that odds ratios for women who experienced CRSV were 9.5 (95% CI 1.6-56.4) and 2.2 (95% CI 0.8-5.7) respectively for fistula and for CPP. Women who experienced CRSV were also more likely to report an absence of desire for sexual intercourse (OR=2.5; 95% CI 1.1-6.1).

SV, pregnancy and induced abortion/miscarriages

Pregnancy, induced abortion and miscarriage were investigated among all women who had experienced SV. About half of them were pregnant since the SV. Most of the pregnancies were carried to term. Among the 16 women who experienced CRSV and had a fistula, 7 reported a pregnancy after their rape.

Compared to those who experienced NCRSV, more women who experienced CRSV were willing to abort and would have done so if appropriate care was available. In this group, three abortions were attempted under unsafe conditions and another three women reported miscarriages (Table 5).

DISCUSSION

Main findings

Our study demonstrated that conflict-related sexual violence is associated with increased odds of fistula, chronic pelvic pain, absence of desire for sexual intercourse, and absence of desire for children. Since it included two groups of women who experienced sexual violence within different contexts, we were able to estimate the odds ratio for these adverse outcomes for conflict-related sexual violence over and above the odds related to sexual violence itself.

Strengths and limitations

This study has the following strengths: 1) the relatively large sample size compared with previous research, 2) the ability to include two forms of sexual violence, and 3) being population-based allowing the estimation of the prevalence of sexual violence. However, we recognize that there are inherent limitations in our study which warrant caution in interpretation of results. The first and most predominant is the voluntary nature of the participation, which could render our sample unrepresentative and our results biased. Nevertheless, we are confident that our sample was reasonably similar to the target population with respect to relevant characteristics. In our sample, education, marital status, and mean of number of children were in the same range as reported in the 2007 Demographic Health Survey (DHS) of the Democratic Republic of Congo (DRC) (Ministère and Macro 2008). The proportion of women exposed to sexual violence in any context before the time of our study (36%) was higher than the 24.8% obtained in the DHS (Ministère and Macro 2008) but similar to the 39% reported in a more recent population-based study conducted in eastern DRC (Johnson, Scott et al. 2010). The prevalence of fistula among the women who had not experienced sexual violence (3%) is higher than the one reported for the

North-Kivu province in the DHS (1%) but similar to the general prevalence of this condition in developing countries (2%) (Wall 2006).

We are also confident that no significant bias was present in our results particularly in those on fistula and Chronic Pelvic Pain. For our results to be biased, women who participated in our study and suffered conflict-related sexual violence should have more fistula or chronic pelvic pain than women who suffered conflict-related sexual violence and did not participate. We recruited participants outside the medical environment, and did not offer any medical assistance; hence it was unlikely that we had attracted disproportionately those who had the conditions. It was even more unlikely that a higher disproportional participation occurred among those who experienced conflict-related sexual violence than the other groups. Moreover, the odds ratios for fistula and chronic pelvic pain for the group of women who experienced conflict-related sexual violence were as high as 11 and 5 respectively. The sampling bias had to be exceedingly strong to produce such effects as spurious.

The second limitation is that the study is cross-sectional and could not establish the temporal sequence of events objectively. We tried to overcome this by designing questions to assure that the reproductive health outcomes reported were developed after the experience of sexual violence.

A third limitation of our study is that both fistula and chronic pelvic pain were self-reported. To avoid erroneous reporting, questions were clearly formulated so that women could easily identify these two conditions.

Interpretation

In our study, women reporting conflict-related sexual violence were older than in the other two exposure groups. A possible explanation for this age difference is that young women who experienced this stigmatizing violence could be more inclined to isolate themselves or relocate after their rape.

To date, there is no published report that includes comparison of the health effects of sexual violence according to its context, i.e. whether it was conflict related. While there were four reports which involved fistula and sexual violence, none can provide risk estimates because there were neither comparison groups nor baseline prevalence (Longombe, Claude et al. 2008, Onsrud, Sjøveian et al. 2008, Mukwege and Nangini 2009, Peterman and Johnson 2009). A hospital-based study found that few cases (4%) of the treated fistula are related to sexual violence and most of the women suffered this condition for obstetric reasons and inappropriate abortion or stillbirth management (Onsrud, Sjøveian et al. 2008). Yet, at least two studies suggested the possibility that fistula could be a result of conflict-related sexual violence because they reported substantial proportions of this condition (15% and 29%, respectively) among women who experienced conflict-related sexual violence (Longombe, Claude et al. 2008, Mukwege and Nangini 2009). Besides, a study based on multi-country demographic health surveys on four African developing countries' found a link between exposure to sexual violence and incontinence, used as a proxy for fistula (Peterman and Johnson 2009). Our study has confirmed such possibilities. Further, we estimated that the risk of traumatic/obstetric fistula associated with conflict-related sexual violence was appallingly high. Hence, we have challenged effectively the conventional depiction of fistula as only a resultant of poorly assisted childbirth (Hinrichsen 2006, Wall 2006) and conclude that fistula can directly or not result from sexual violence when it

is perpetrated during armed conflicts. It is likely that the injury is a consequence of the extreme violence. Among the 16 women victims of conflict-related sexual violence who suffered from fistula, 81% were gang raped by two or more men, sometimes involving foreign objects.

Sexual abuse has been previously associated with chronic pelvic pain (Rapkin, Kames et al. 1990, Jamieson and Steege 1997, Collett, Cordle et al. 1998, Campbell, Jones et al. 2002). In our study, the prevalence of this condition among those who suffered from non-conflict-related sexual violence was 18%, almost double that of women who had never experienced SV. Among women who experienced conflict-related sexual violence, the prevalence showed an even more devastating picture; with 36% of them suffering from this condition. The extreme violence could be directly responsible. Alternatively, as previous studies has demonstrated, post-traumatic stress disorder syndrome induced by sexual abuse may lead to the condition (Heim, Ehler et al. 1998).

The experience of sexual violence significantly reduces women's desire for sexual intercourse, results consistent with previous findings (Randolph, Reddy et al. 2006). It also reduced women's desire for children. Child bearing is an important part of African culture, partly because of the value placed on continuation of lineage (Caldwell and Caldwell 1990). This was supported by our results with 85% of women who never experienced sexual violence still wanting children when almost 40% already had 5 or more. The adverse effect of conflict-related sexual violence was shown by the finding that, when 48% already had five or more children, a lower percentage, 63%, of those exposed to conflict-related sexual violence want more.

Half of the victims of conflict-related sexual violence who became pregnant were willing to abort. This is partially consistent with previous findings that the likelihood of induced abortion is higher among victims of intimate partner violence (Alio, Salihu et al. 2011, Stockl, Filippi et al.

2012). Since abortion is illegal in the DRC (Kalonda 2012), the law forces women raped during the conflict to carry an undesired pregnancy to term without regard to the psychological trauma. Consequently, 10% of victims of conflict-related rape who became pregnant attempted to abort under unsafe conditions, putting their lives at risk. Considering the possibility of underreporting such action, much more women might be putting their lives at risk just because they could not access a service they needed at a point.

CONCLUSION

The DRC's armed conflict is creating a critical humanitarian disaster in the populations of the eastern provinces. It forces people to flee from home, losing almost everything they possess. This study demonstrated that, above such dire deprivation, the sexual violence perpetrated during the armed conflict has devastating and persistent health and social consequences. With comparison to women who suffered sexual violence that was not related to armed conflict, we are able to conclude that sexual violence when perpetrated as a weapon of war has its own devastating and lasting effects. To help women face these challenges and alleviate this suffering, adequate health services should be provided and community support should increase. In particular, fistula repair should be extensively offered. Women with fistula are often rejected by their own community and society (Roush 2009) while suffering from medical consequences such as vulval dermatitis, and recurrent urinary tract infections (Kabir, Iliyasu et al. 2003). As the UN General assembly suggests (UN 2012) : efforts should be made to prevent this condition within a human rights-based framework. Fundamentally, the governments and institutions engaged in this conflict must take steps to end this conflict and ensure safety for every person living in this country.

Disclosure of interests

The authors declare that they have no conflict of interest.

Acknowledgements

We would like to express our gratitude to our sponsors and the participants, especially those who experienced sexual violence for their courage to speak out and share their experiences with us.

We also thank the *Collectif Alpha Ujuvi* for its help and assistance, especially the two interviewers Evelyne Kimema and Rehema Hamuli who helped us with data collection. Finally, we thank Ms. Ka Sing Yeung for her contribution in the edition of this manuscript.

Funding

The Axe de Santé Mondiale of the Réseau de Recherche en Santé des Populations du Québec (RRSPQ) and the development project of L'institut pour la Culture et la Coopération (LINCCO) in DRC provided funding for this study. The Quebec Training Network in Perinatal Research also provided a scholarship to primary author for her graduate studies. Edition of the manuscript was possible with the financial help of the Institut de Recherche en Santé Publique de l'Université de Montréal (IRSPUM). None of the sponsors had input in study design, data collection, data analysis, data interpretation or writing of the report.

TABLES AND FIGURES

Table I (article 1): Socio-demographic characteristics of three groups of women with different experience of sexual violence (SV)

Socio-demographic variables		Experience of SV			p-value ^a
		Never (n=203)	NCRSV (n=50)	CRSV (n=67)	
		n	%		
Age	≤18	57	20.7	18.0	0.005
	19 to 24	77	27.6	26.0	
	25 to 29	60	17.2	22.0	
	30 to 34	38	10.8	16.0	
	≥35	88	23.7	18.0	
Marital Status	Single	57	19.7	16.0	< 0.0001
	Married	206	70.4	58.0	
	Separated/Divorced	42	6.4	20.0	
	Widowed	15	3.5	6.0	
Tribe	Hutu	155	52.2	44.0	0.41
	Hunde	34	9.8	14.0	
	Other	131	40.0	42.0	
Religion	Christian	287	89.5	94.0	0.51
	Muslim	7	2.0	3.0	
	Other local religious group	21	8.5	4.0	

Education	Less than primary school	212	63.0	80.0	65.7	0.076
	Secondary school, alphabetization ^b or vocational training	108	37.0	20.0	34.3	
Occupation	Farmer	62	17.7	12.0	29.9	0.002
	Trader	120	34.0	36.0	49.2	
	Jobless or Stay at home	91	29.6	38.0	17.9	
	Other	47	18.7	14.0	3.0	
Number of children	0	47	19.2	10.2	4.5	0.11
	1 to 4	152	43.4	65.3	47.7	
	5 to 9	109	34	20.4	44.8	
	10 and more	11	3.4	4.1	3	

^a p-value for χ^2 test

^b Teaching adult women how to read and write in Swahili

Never: Women never experienced sexual violence

NCRSV: Women experienced non-conflict-related sexual violence

CRSV: Women experienced conflict-related sexual violence

n= number of women in each category

% = Proportion of women in each group

Table II (article 1): Characteristics of aggression

Characteristics of aggression	NCRSV (N=50)	CRSV (N=67)
	n (%)	n (%)
Has experienced forced sexual intercourse	44 (88)	67 (100)
Has experienced other types of SV	8 (16)	5 (7)
Persons identified as responsible for SV	Militia/armed men/men in uniform/bandits	0 (0)
	Husband	14 (28)
	Close persons. civil or unknown	35 (70)
	Hunters	1 (2)
Frequency of perpetrated SV	One isolated episode of aggression was experienced	30 (60)
	SV experienced over a period of time	20 (40)
Number of men implicated in aggression	One	44 (90)
	Two	4 (8)
	Three or more	1 (2)
Number of times SV was experienced	One time	38 (76)
	Two or more times	12 (24)

n= number of women in each category of variable.

N= number of women in each categories of experience of SV.

% = Proportion of women with the indicated description of circumstances related to SV.

SV: Sexual violence, NCRSV: Women experienced non-conflict-related sexual violence, CRSV: Women experienced conflict-related sexual violence

Table III (article 1): Prevalence of reproductive health outcomes by category of experience of sexual violence (SV)

Experience of SV	Never	NCRSV	CRSV	p value*
N	203	50	67	
Fistula (%)	3	4	24	<0.0001
CPP (%)	10	18	36	< 0.0001
Absence of desire for sexual intercourse (%)	26	30	57	< 0.0001
Absence of desire for children (%)	15	29	37	< 0.0001

Never: Women never experienced sexual violence

NCRSV: Women experienced non-conflict-related sexual violence

CRSV: Women experienced conflict-related sexual violence

CPP: Chronic Pelvic Pain

* p-value for χ^2 test.

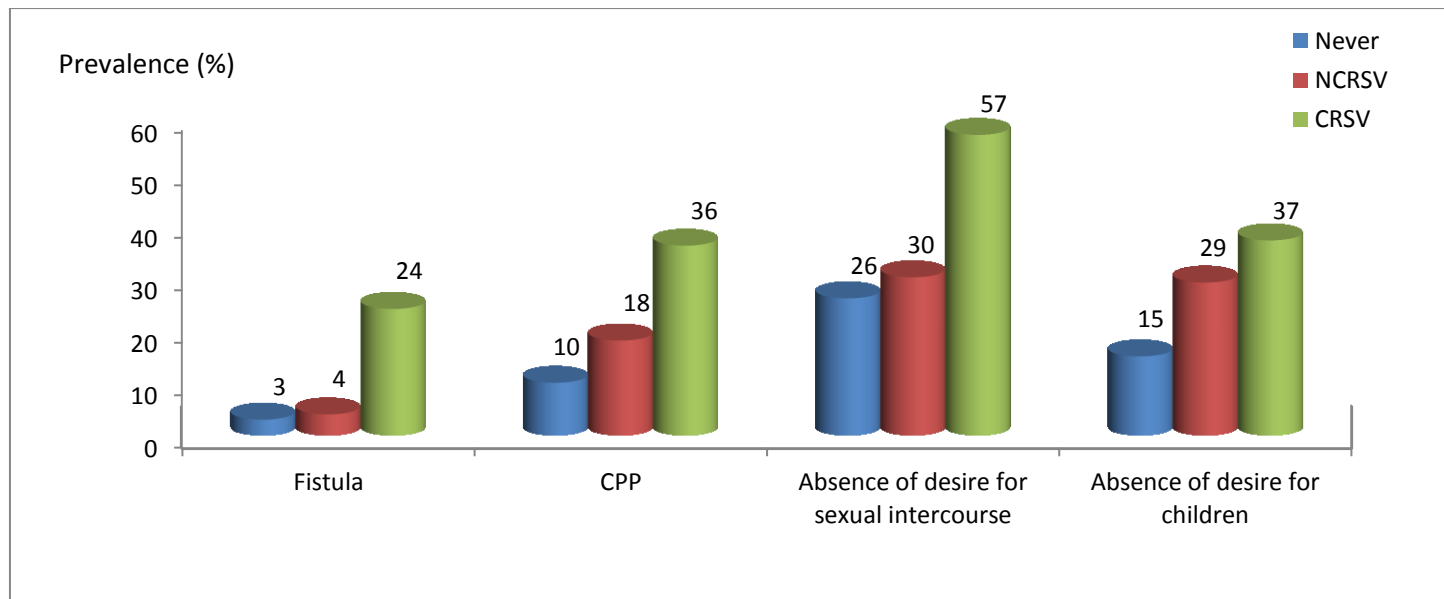


Figure 1 (article 1): Prevalence of adverse reproductive health outcomes by experience of sexual violence (SV)

Never: Women never experienced sexual violence
 NCRSV: Women experienced non-conflict-related sexual violence
 CRSV: Women experienced conflict-related sexual violence
 CPP: Chronic Pelvic Pain

Table IV (article 1): Odds ratios for reproductive health outcomes, results of logistic regression analysis

Reproductive Health outcomes	Experience of SV	OR (crude)	OR (adjusted¹)	p value²	Goodness of fit, test's p value³
	Never*	1.0	1.0	-	-
Fistula	NCRSV	1.4 (0.3-7.1)	1.2 (0.2-7.0)	0.8	1.0
	CRSV	10.4 (3.9-27.9)	11.1 (3.1-39.3)	< 0.0001	0.6
	Never*	1.0	1.0	-	-
CPP	NCRSV	1.9 (0.8-4.7)	2.3 (0.95-5.8)	0.06	1.0
	CRSV	4.9 (2.5-9.6)	5.1 (2.4-10.9)	< 0.0001	0.3
	Never*	1.0	1.0	-	-
Absence of desire for sexual intercourse	NCRSV	1.3 (0.6-2.5)	1.4 (0.6-2.9)	0.4	1.0
	CRSV	3.8 (2.1-6.8)	3.5 (1.7-6.9)	< 0.0001	0.4
	Never*	1.0	1.0	-	-
Absence of desire for children	NCRSV	2.3 (1.1-4.9)	2.7 (1.1-6.5)	0.02	1.0
	CRSV	3.4 (1.8-6.4)	3.5 (1.6-7.8)	0.002	0.8

Never: Women never experienced sexual violence

NCRSV: Women experienced non-conflict-related sexual violence

CRSV: Women experienced conflict-related sexual violence

CPP: Chronic Pelvic Pain

*Category of reference

¹Adjusted for age, marital status, education, occupation and number of children

²p value for this variable in multivariate logistic regression model

³Indicates the p value of Hosmer-Lemeshow test conducted for each logistic regression model

Table V (article 1): Pregnancy, induced abortion and miscarriages according to the context of sexual violence (n=117)

Outcomes	NCRSV n/N (%)	CRSV n/N (%)
Pregnancy after assault	28/50 (56)	31/67 (46)
Pregnancy carried on to term	28/28 (100)	27/31 (87)
Willing to abort	7/28 (25)	17/31 (55)
Would abort if appropriate care was available	6/28 (21)	12/31 (39)
Attempted abortions	1/28 (3)	3/31 (10)
Successful induced abortion	0/28 (0)	1/31 (3)
Safe conditions of abortion	0/28 (0)	0/31 (0)
Unsafe conditions of abortion	1/28 (3)	3/31 (10)
Miscarriages	0 (0)	3/31 (10)

NCRSV: Women experienced non-conflict-related sexual violence

CRSV: Women experienced conflict-related sexual violence

REFERENCES

1. Kippenberg J. The war within the war: Sexual Violence Against Women and Girls in Eastern Congo. Human Right Watch, 2002.
2. WHO. World report on violence and health. Geneva, Switzerland: World Health Organisation, 2002.
3. Heise L, Ellsberg M, Gottmoeller M. A global overview of gender-based violence. *Int J Gynaecol Obstet.* 2002;78 Suppl 1:S5-14.
4. Heise L, Pitanguy J, Germain A. Violence against women: the hidden health burden. Washington, DC: The World Bank (discussion paper no. 255). 1994.
5. Garcia-Moreno C, Jansen HA, Ellsberg M, Heise L, Watts CH. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet.* 2006;368(9543):1260-9.
6. Heise L. Violence against women - Global organizing for change. In Edleson JL, Eisikovits ZC, eds. *Future Interventions with Battered Women and Their Families.* Thousand Oaks: Sage Publications Inc, 1996:7-33.
7. Irwin KL, Edlin BR, Wong L, Faruque S, McCoy HV, Word C, et al. Urban rape survivors: characteristics and prevalence of human immunodeficiency virus and other sexually transmitted infections. *Obstet Gynecol.* 1995;85(3):330-6.
8. Wingood GM, DiClemente RJ. Rape among African American women: sexual, psychological, and social correlates predisposing survivors to risk of STD/HIV. *J Women's Health.* 1998;7(1):77-84.
9. Collett BJ, Cordle CJ, Stewart CR, Jagger C. A comparative study of women with chronic pelvic pain, chronic nonpelvic pain and those with no history of pain attending general practitioners. *Br J Obstet Gynaecol.* 1998;105(1):87-92.
10. Rapkin AJ, Kames LD, Darke LL, Stampler FM, Naliboff BD. History of physical and sexual abuse in women with chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol.* 1990;76(1):92-6.
11. Janssen PA, Holt VL, Sugg NK, Emanuel I, Critchlow CM, Henderson AD, et al. Intimate partner violence and adverse pregnancy outcomes: a population-based study. *Am J Obstet Gynecol.* 2003;188(5):1341-7.
12. Moraes CL, Reichenheim M, Nunes AP. Severe physical violence among intimate partners: a risk factor for vaginal bleeding during gestation in less privileged women? *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2009;88(9):1041-8.
13. Randolph ME, Reddy DM. Sexual abuse and sexual functioning in a chronic pelvic pain sample. *J Child Sex Abuse.* 2006;15(3):61-78.
14. Shah PS, Shah J, Knowledge Synthesis Group on Determinants of Preterm Births. Maternal exposure to domestic violence and pregnancy and birth outcomes: a systematic review and meta-analyses. *J of Women's Health.* 2010;19(11):2017-31.
15. Hynes H. On the battlefield of women's bodies: An overview of the harm of war to women *Women's Studies International Forum.* 2004;27(5/6):431-45.

16. Büscher K, Vlassenroot K. Humanitarian presence and urban development: new opportunities and contrasts in Goma, DRC. *Disasters*. 2010;34:S256-S73.
17. Hsieh FY, Bloch DA, Larsen MD. A simple method of sample size calculation for linear and logistic regression. *Stat Med*. 1998;17(14):1623-34.
18. Ministère du Plan, Macro International. *Enquête Démographique et de Santé République Démocratique du Congo*. Calverton, Maryland, U.S.A: 2008.
19. Johnson K, Scott J, Rughita B, Kisielewski M, Asher J, Ong R, et al. Association of sexual violence and human rights violations with physical and mental health in territories of the eastern democratic republic of the congo. *JAMA*. 2010;304(5):553-62.
20. Wall LL. Obstetric vesicovaginal fistula as an international public-health problem. *The Lancet*. 2006;368(9542):1201-9.
21. Longombe AO, Claude KM, Ruminjo J. Fistula and traumatic genital injury from sexual violence in a conflict setting in Eastern Congo: case studies. *Reprod Health Matters*. 2008;16(31):132-41.
22. Mukwege DM, Nangini C. Rape with Extreme Violence: The New Pathology in South Kivu, Democratic Republic of Congo. *PLoS Medicine*. 2009;6(12).
23. Onsrud M, Sjøveian S, Luhiriri R, Mukwege D. Sexual violence-related fistulas in the Democratic Republic of Congo. *Int J Gynaecol Obstet*. 2008;103(3):265-9.
24. Peterman A, Johnson K. Incontinence and trauma: sexual violence, female genital cutting and proxy measures of gynecological fistula. *Soc Sci Med*. 2009;68(5):971-9.
25. Hinrichsen D. *Obstetric Fistula: Ending the Silence, Easing the Suffering*. Baltimore: INFO Project: Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. 2006.
26. Campbell J, Jones AS, Dienemann J, Kub J, Schollenberger J, O'Campo P, et al. Intimate partner violence and physical health consequences. *Arch Intern Med*. 2002;162(10):1157-63.
27. Jamieson DJ, Steege JF. The association of sexual abuse with pelvic pain complaints in a primary care population. *Am J Obstet Gynecol*. 1997;177(6):1408-12.
28. Heim C, Ehler U, Hanker JP, Hellhammer DH. Abuse-related posttraumatic stress disorder and alterations of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis in women with chronic pelvic pain. *Psychosom Med*. 1998;60(3):309-18.
29. Caldwell J, Caldwell P. High fertility in sub-Saharan Africa. *Sci Am*. 1990;262(5):118-25.
30. Alio AP, Salihu HM, Nana PN, Clayton HB, Mbah AK, Marty PJ. Association between intimate partner violence and induced abortion in Cameroon. *Int J Gynaecol Obstet*. 2011;112(2):83-7.
31. Stockl H, Filippi V, Watts C, Mbwambo JKK. Induced abortion, pregnancy loss and intimate partner violence in Tanzania: a population based study. *BMC Pregnancy & Childbirth*. 2012;12:12.
32. Kalonda JC. Sexual violence in Congo-Kinshasa: necessity of decriminalizing abortion. *Rev. Med. Brux*. 2012;33(5):482-6.

33. Roush KM. Social Implications of Obstetric Fistula: An Integrative Review. *J Midwifery Womens Health*. 2009;54(2):e21-e33.
34. Kabir M, Iliyasu Z, Abubakar IS, Umar UI. Medico-social problems of patients with vesico-vaginal fistula in Murtala Mohammed Specialist Hospital, Kano. *Ann Afr Med*. 2003;2(2):54-7.
35. UN. Supporting efforts to end obstetric fistula, Report of the Secretary-General. United Nations General Assembly, 2012.

5.2.2. Autres résultats pertinents à l'objectif 1 de la thèse

Dans cette section, seront présentés les résultats des analyses qui ont permis d'étudier les questions suivantes : 1) la modification des associations entre la violence sexuelle et les fistules ou DPC par le statut matrimonial et la parité; 2) la distribution des fistules et des DPC selon les caractéristiques sociodémographiques; 3) la distribution de l'absence de désir de rapports sexuels et de désir d'enfant selon les caractéristiques sociodémographiques des participantes; 3) le rôle de modification d'effet de la parité et du statut matrimonial sur la relation entre la violence sexuelle et le désir de rapports sexuels ou le désir d'enfant. La variable parité a été incluse dans les analyses sous sa forme catégorielle.

5.2.2.1. Modification des associations entre la violence sexuelle et les fistules/DPC par la parité

a. Rationnel

Il s'agit ici d'évaluer, tel que postulé dans le cadre d'analyse de l'objectif 1, l'effet potentiellement modificateur de la parité sur l'association entre la violence sexuelle et les fistules ou les DPC. Puisque les fistules peuvent être développées au cours d'un accouchement mal assisté (fistules obstétricales), il est apparu nécessaire d'évaluer si le fait d'avoir beaucoup d'enfants augmente la probabilité de développer une telle condition.

b. Méthodes

Un tableau croisé a été construit pour évaluer la distribution des cas de fistule et de DPC selon le statut d'exposition à la violence sexuelle et la parité. Une analyse de régression n'a pu être conduite en raison de la présence de zéros structurels et le faible nombre de personnes dans plusieurs des catégories n'a pas permis d'obtenir des résultats fiables avec le test de χ^2 .

c. Résultats

Les résultats insérés dans le tableau 5 indiquent que plus grandes proportions des cas de fistule et de DPC se retrouvent dans la catégorie des femmes qui ont entre 10 enfants et plus. Cependant, l'absence de participantes dans plusieurs catégories limite la possibilité de tirer des conclusions significatives.

Tableau V: Nombre et proportions de participantes selon le statut d'exposition à la violence sexuelle, la parité et les aspects de santé reproductive (fistule & DPC)

Exposition à la violence sexuelle	Parité	Nombre total par catégories	Fistule n (%)	DPC n (%)
Jamais subi la VS	0-4 enfants	126	3 (2.4)	13 (10.3)
	5-9 enfants	68	2 (2.9)	8 (11.8)
	10 et + enfants	7	1 (14.3)	0 (0)
VSNLC	0-4 enfants	37	1 (2.7)	5 (13.5)
	5-9 enfants	10	0 (0)	3 (30)
	10 et + enfants	2	1 (50)	1 (50)
VSLC	0-4 enfants	34	7 (20.6)	10 (29.4)
	5-9 enfants	30	8 (26.7)	13 (43.3)
	10 et + enfants	2	1 (50)	1 (50)

n : Nombre de participantes ayant déclaré avoir une fistule ou des DPC

VS : Violence sexuelle

VSNLC: Violence sexuelle non liée au conflit

VSLC : Violence sexuelle liée au conflit

5.2.2.2. *Distribution des fistules et des DPC selon les caractéristiques sociodémographiques*

a. Rationnel

Les résultats présentés dans cette section permettent d'identifier les variables sociodémographiques qui sont associées avec la présence de fistule ou de DPC. Ils permettent donc d'identifier les variables qui pourraient jouer un rôle de facteur confondant ou modificateur d'effet dans l'association entre la violence sexuelle et les fistules ou les DPC.

b. Méthodes

Un test de χ^2 a été conduit pour répondre aux questions de recherche.

c. Résultats

Les résultats insérés dans le tableau 6 démontrent que l'âge, le statut matrimonial et la parité sont associés à la présence de fistule avec un degré de signification inférieur à 0.25. Par contre, seuls l'âge et l'occupation professionnelle sont associés à la présence de DPC avec un degré de signification inférieur à 0.25.

Tableau VI: Analyses bivariées entre les variables dépendantes fistule, DPC et les variables sociodémographiques

Variables sociodémographiques	Catégories	N	Fistule		Douleurs Pelviennes Chroniques (DPC)	
			n (%)	p-value	n (%)	p-value
Âge	Moins de 19 ans	55	1 (1.8%)	0.026	4 (7.3%)	0.072
	19 à 24 ans	76	4 (5.2%)		10 (13.2%)	
	25 à 29 ans	60	5 (8.3%)		11 (18.3%)	
	30 à 34 ans	38	1 (2.6%)		7 (18.9%)	
	35 et plus	88	13 (14.8%)		22 (25%)	
Statut matrimonial	Célibataire	55	3 (5.4%)	0.002	6 (10.9%)	0.59
	Mariée	204	10 (4.9%)		38 (18.6%)	
	Séparée/divorcée	42	7 (16.6%)		7 (16.7%)	
	Veuve	15	4 (26.7%)		3 (20%)	
Occupation professionnelle	Cultivatrice	62	5	0.5	14	0.2
	Commerçante	118	10		23	
	Sans emploi/mère au foyer	90	8		13	
	Autres	47	1		4	
Nombre d'enfants (parité)	0	45	1	0.04	5	0.3
	1-4	152	10		23 (14.3%)	
	5-9	108	10		24 (22.2%)	
	10 et plus	11	3		2 (18.2%)	

5.2.2.3. Distribution de l'absence de désir de rapports sexuels et de désir d'enfant selon les caractéristiques sociodémographiques des participantes

a. Rationnel

Les résultats présentés dans cette section permettent d'identifier les variables sociodémographiques qui sont associées au désir de rapports sexuels ou au désir d'enfant.

Ils permettent donc d'identifier les variables qui pourraient jouer un rôle de facteur

confondant ou modificateur d'effet dans l'association entre la violence sexuelle et le désir de rapports sexuels ou le désir d'enfant.

b. Méthodes

Un test de χ^2 a été conduit pour répondre aux questions de recherche.

c. Résultats

Les résultats résumés dans le tableau 7 permettent de conclure que l'absence de désir d'enfant est associée à l'âge, le statut matrimonial, l'éducation et la parité avec un degré de signification inférieur à 0.25. Quant à l'absence de désir de rapports sexuels, elle est associée à l'âge, le statut matrimonial, l'occupation professionnelle et la parité avec un degré de signification inférieur à 0.25.

Tableau VII: Analyses bivariées entre les variables dépendantes absence de désir d'enfant, absence de désir de rapports sexuels et les variables sociodémographiques

Variables sociodémographiques	Catégories	Absence de désir d'enfant		Absence de désir de rapports sexuels	
		n (%)	p-value	n (%)	p-value
Âge	Moins de 19 ans	23 (41.1)	0.001	26 (47.3)	0.002
	19 à 24 ans	13 (16.9)		17 (22.4)	
	25 à 29 ans	8 (13.3)		12 (20.0)	
	30 à 34 ans	4 (10.8)		12 (31.6)	
	35 et plus	21 (24.1)		37 (43.0)	
Statut matrimonial	Célibataire	27 (48.2)	< 0.0001	25 (46.3)	< 0.0001
	Mariée	23 (11.3)		50 (24.3)	
	Séparée/divorcée	12 (28.6)		20 (48.8)	
	Veuve	7 (46.7)		9 (64.3)	
Éducation	Aucune	12 (14.6)	0.17	25 (30.9)	0.81
	Niveau primaire	33 (26.0)		43 (33.6)	
	École secondaire ou alphabétisation	23 (23.7)		31 (32.6)	
	Formation professionnelle	1 (9.1)		5 (45.5)	
Occupation professionnelle	Commerçante	15 (24.6)	0.91	26 (43.3)	0.11
	Cultivatrice	25 (21.0)		41 (34.5)	
	Sans emploi/mère au foyer	20 (22.2)		27 (30.0)	
	Autres	9 (19.1)		10 (21.7)	
Nombre d'enfants (parité)	0	24 (34.8)	< 0.0001	21 (20.2)	0.004
	1 – 4	27 (39.1)		36 (34.6)	
	5 – 9	15 (21.8)		44 (42.3)	
	10 et plus	3(4.3)		3 (2.9)	

5.2.2.4. Évaluation des effets de la VSLC par rapport à ceux de la VSNLC

a. Rationnel

Il est question ici de vérifier si les effets adverses de la VSLC sur la santé reproductive dépassent ceux de la VSNLC. En effet l'une de nos hypothèses de recherche soutient que, en raison de ses caractéristiques particulières, la VSLC a des effets plus adverses que la VSNLC sur la santé reproductive des victimes.

b. Méthodes

En considérant les femmes qui ont déclaré avoir subi des actes de VSNLC au cours de leur vie comme catégorie de référence, les ratios de cote de développer une fistule, souffrir de DPC, ne pas avoir de désir de rapports sexuels et ne pas avoir de désir d'enfant ont été estimés. Ces ratios de cote ont été estimés après ajustement d'un modèle de régression logistique multivarié.

c. Résultats

Les ratios de cote bruts et les intervalles de confiance à 95% calculés sont les suivants : 7.5 (95% IC 1.6 – 34.5) pour les fistules, 2.5 (95% IC 1.03 – 5.9) pour les DPC, 2.99 (95% IC 1.37 – 6.54) pour l'absence de désir de rapports sexuels et 1.45 (95% IC 0.65 – 3.2) pour l'absence de désir d'enfant. Après ajustement pour les variables potentiellement confondantes, les ratios de côtes et les intervalles de confiance sont de : 7.5 (95% IC 1.4 – 40.4) pour les fistules, 2.02 (95% IC 0.8 – 5.05) pour les DPC, 2.5 (95% IC 1.04 – 5.9) pour l'absence de désir de rapports sexuels et 1.6 (95% IC 0.6 – 3.35) pour l'absence de désir d'enfant.

D'après ces résultats, comparées aux femmes qui ont vécu des actes de VSNLC, celles qui ont vécu la VSLC ont plus de probabilité de développer une fistule, des DPC, d'avoir une absence de désir de rapports sexuels et une absence de désir d'enfant. Cependant, seuls les ratios de cote de développer une fistule et de ne pas avoir de désir de rapports sexuels sont significatifs à un seuil de 5%.

5.2.2.5. *Rôle de modification d'effet de la parité et du statut matrimonial sur la relation entre la violence sexuelle et le désir de rapports sexuels ou d'enfant*

a. Rationnel

Cette sous-section permet de vérifier l'hypothèse de recherche (présentée dans l'objectif 1) selon laquelle la parité et le statut pourraient modifier l'association entre la violence sexuelle et le désir de rapports sexuels ou le désir d'enfant. D'une part, l'effet de modification de la parité et du statut matrimonial sur la relation entre la violence sexuelle et le désir d'enfant a été évalué. D'autre part, l'effet de modification du statut matrimonial sur la relation entre la violence sexuelle et le désir de rapports sexuels a été analysé.

b. Méthodes

L'évaluation des effets potentiellement modificateurs a été faite en ajustant des modèles de régression logistique. Chacun des modèles incluait les termes d'interaction testés et les possibles variables de confusion respectives pour l'association entre la violence sexuelle et le désir d'enfant ou le désir de rapports sexuels.

c. Résultats

Le statut matrimonial modifie l'association entre la violence sexuelle et le désir de rapports sexuels mais après ajustement pour les potentielles variables confondantes (âge, parité et occupation professionnelle) le terme d'interaction n'est plus significatif ($p=0.18$).

La parité (variable sous sa forme continue) modifie l'association entre la violence sexuelle et le désir d'enfant mais après ajustement pour les confondants potentiels (âge et niveau d'éducation le plus élevé), le terme d'interaction n'était plus significatif ($p=0.14$). Toujours pour le désir d'enfant, le terme d'interaction entre le statut matrimonial et la violence sexuelle – dans le modèle multivarié ajusté pour les potentielles variables confondantes âge et niveau d'éducation – n'est pas significatif ($p=0.51$).

5.2.3. Récapitulatif de l'article 1 et des résultats complémentaires de l'objectif 1

Nous avons pu démontrer dans cet article que la VSLC est associée à des probabilités plus élevées de développer une fistule, des DPC, d'induire un avortement, d'absence de désir de rapports sexuels et d'absence de désir d'enfant et ce, même après ajustement pour les potentiels confondants. La VSLC est également associée à des effets plus adverses que la VSNLC. En comparaison avec ces dernières, les femmes qui ont subi la VSLC ont une probabilité significativement plus élevée d'avoir une fistule et des DPC et de rapporter une absence de désir de rapports sexuels. La parité et le statut matrimonial modifient l'association entre l'expérience de violence sexuelle et le désir d'enfant, mais

les termes d'interaction ne sont pas significatifs dans les modèles multivariés ajustés pour les variables confondantes potentielles.

Par ailleurs, les proportions de femmes qui ont subi des actes de violence sexuelle liés ou non au conflit et qui auraient souhaité avorter ou l'auraient fait si les soins appropriés étaient offerts sont assez élevées. De plus, comparées aux victimes de VSNLC, une proportion supérieure de femmes victimes de VSLC aurait souhaité avorter ou l'auraient fait si les soins appropriés étaient offerts.

L'article qui suit, s'intéresse aux effets de la VSLC sur la santé mentale. La contribution des fistules et des DPC aux effets de la VSLC sur la santé mentale est également évaluée. Pour finir, l'effet de la santé mentale sur l'association entre la VSLC et le désir de rapports sexuels, le désir d'enfant ou le désir d'interruption de la grossesse issue de la violence sexuelle sera abordé dans la section de résultats complémentaires à ce deuxième article de la thèse.

5.3. Deuxième article de la thèse

Titre : Santé mentale des femmes victimes de violence sexuelle liée au conflit en République Démocratique du Congo

Auteurs : Nissou Ines Dossa, Maria Victoria Zunzunegui, Marie Hatem, William Fraser

Ce manuscrit a été accepté pour publication par la revue Journal of Interpersonal Violence (JIV) en avril 2014. Il est paru en ligne en Octobre 2014.

Contribution de l'étudiante

La candidate a construit le questionnaire d'étude. Elle a également supervisé et participé à la collecte de données sur le terrain puis construit la base de données pour la partie quantitative de l'étude. Pour finir, la candidate a effectué toutes les analyses statistiques en lien avec cet article et rédigé le manuscrit qui a été soumis.

Contribution des co-auteurs

Dr. Zunzunegui et Dr. Hatem ont, de par leurs commentaires et remarques, contribué à finaliser le questionnaire d'étude. Elles ont également contribué à l'élaboration du plan d'analyse des données utilisées dans cet article et prodigué des conseils tout au long de la rédaction. Dr. Fraser a lu le manuscrit finalisé.

5.3.1. Présentation de l'article

La revue de littérature permet de conclure que l'expérience de la violence sexuelle, liée ou non aux conflits affecte l'état de santé mentale des victimes. Celles-ci ont plus de probabilité de souffrir de dépression ou de PTSD que les femmes qui n'ont pas subi d'actes de violence sexuelle. La revue de littérature a permis aussi d'identifier que certains problèmes de santé reproductive comme les fistules et les DPC pourraient également affecter l'état de santé mentale des femmes.

Cet article étudie l'effet de la VSLC sur la santé mentale en comparant les femmes qui l'ont subi à celles qui ont subi la VSNLC et celles qui n'ont jamais vécu de violence sexuelle. Il s'agit de démontrer que la VSLC, encore plus que la VSNLC, affecte l'état de santé mentale en termes de *sévérité des symptômes de détresse psychologique*, de *sévérité des symptômes de PTSD* et de probabilité d'être un cas de TMC. Par la suite, la contribution des fistules ou des DPC aux effets de la VSLC sur la santé mentale ont été évalués. Il s'agit de démontrer que le fait de souffrir de fistule ou de DPC, après l'expérience de VSLC, est associé à une augmentation de la sévérité des symptômes de santé mentale, augmentation plus forte que celle observée parmi les femmes qui ont subi la VSNLC.

MENTAL HEALTH DISORDERS AMONG WOMEN VICTIMS OF CONFLICT-RELATED SEXUAL VIOLENCE IN THE DEMOCRATIC REPUBLIC OF CONGO

Dossa Nissou Ines,¹ Zunzunegui Maria Victoria,^{1,2,3} Hatem Marie,¹ Fraser William⁴

¹Department of social and preventive medicine, University of Montreal's School of Public Health

²Institut de Recherche en Santé Publique de l'Université de Montréal (IRSPUM)

³University of Montreal's Hospital Research Center (CRCHUM)

⁴Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, University of Montreal

Correspondance to: Nissou Ines Dossa, Department of social and preventive medicine, University of Montreal's School of Public Health

Civil address: 7101, Parc Ave, Montreal, Quebec H3N 1X9

Postal address: Département de médecine sociale et préventive, École de Santé Publique de l'Université de Montréal, C.P 6128, succursale Centre-ville Montréal, QC, Canada

H3C 3J7

ABSTRACT

To assess the effects of sexual violence in armed conflicts on women's mental health, on its own and in conjunction with reproductive health issues like fistula or Chronic Pelvic Pain (CPP). A cross-sectional population-based study of 320 women living in Goma, the Democratic Republic of Congo, aged 15 to 45 years, was conducted. Women who experienced conflict-related sexual violence (CRSV) were compared to those who experienced non-conflict-related sexual violence (NCRSV) and those who never experienced such acts. Data was gathered through individual interviews by local staff using standardized questionnaires. The outcomes investigated were Post-traumatic Stress Disorder (PTSD) symptoms severity and psychological distress symptoms (PDS) severity. Experience of sexual violence in either context was associated with more severe PDS ($p < 0.0001$). Only CRSV was associated with more severe PTSD symptoms ($p < 0.0001$). Women who suffered from fistula or CPP also had a higher PDS score mean ($p < 0.0001$ and $p = 0.007$) and a higher PTSD symptoms score mean ($p < 0.0001$, for both reproductive health issues). Multivariate analyses showed that compared to women who never experienced sexual violence and never suffered from fistula or CPP, those who experienced CRSV and suffered from fistula or CPP had the most severe PDS and PTSD symptoms after adjustment for potential confounders. The difference in PDS and PTSD symptoms severity were all significant ($p < 0.0001$). Psychological and physical health care are urgently needed for women who experienced CRSV, particularly those with additional issues of fistula or CPP. Current interventions should simultaneously seek to improve both reproductive and mental health.

Keywords: armed conflict, sexual violence, mental health, PTSD, Psychological distress, reproductive health

INTRODUCTION

It has been well established that, in a war or conflict zone, children and families are exposed to various events including hearing or witnessing of killings, bombardments, gunfire attacks, massacres, mutilations, rapes, tortures, house-to-house raids. (Thabet, Abed et al. 2002, Mels, Derluyn et al. 2009). Studies conducted in Lebanon (Farhood 2010, Khamis 2012), Palestine and Israel (Espie, Gaboulaud et al. 2009, Neria, Besser et al. 2010, Dubow, Boxer et al. 2012), Guatemala (Rivera, Mari et al. 2008), the Balkans (Priebe, Bogic et al. 2010, Priebe, Bogic et al. 2010, Sabes-Figuera, McCrone et al. 2012), Uganda (Betancourt, Speelman et al. 2009, McMullen, O'Callaghan et al. 2012), Liberia (Johnson, Asher et al. 2008), Sudan (Hamid and Musa 2010), Ethiopia (Araya, Chotai et al. 2007) and the Democratic Republic of Congo (DRC) (Johnson, Scott et al. 2010, Mels, Derluyn et al. 2010) have confirmed that experiencing or witnessing such events is associated with Post-traumatic Stress Disorder (PTSD), Major Depressive Disorder (MDD), social dysfunction, concentration difficulties and Generalized Anxiety disorder. Besides the exposure to interpersonal violence, populations living in an area plagued by war are forced to leave their hometown, occupations and assets, condemned to live without income on a daily basis (Sagi-Schwartz 2008, Miller and Rasmussen 2010). Furthermore, they are forced to live in camps usually in disastrous conditions with issues such as insecurity, lack of access to adequate food and health care, etc. Those stressful conditions are also known to be associated with worse mental health condition (Miller and Rasmussen 2010, Miller and Rasmussen 2010, Roberts and Browne 2011).

In addition to the general stressful situation of war, women and men in war zones often suffer sexual violence (Stark and Wessells 2012). However, research on the impact of this form of violence on mental health is scarce (Lueger-Schuster, Gluck et al. 2012).

When included in studies, it was usually treated as one of the multiple forms of trauma and rarely in focus. To date, we have identified four relevant studies. The first, in survivors of the Second World War in Austria, found that respectively 33% and 18% of those who experienced and witnessed sexual violence reported symptoms of PTSD (Lueger-Schuster, Gluck et al. 2012). The second examined men in Croatia and Bosnia and suggested that experience of sexual violence was associated with common symptoms of traumatic reactions such as sleep disturbances, concentration difficulties, nightmares, flashbacks and feelings of hopelessness (Loncar, Henigsberg et al. 2010). In another study, experiencing sexual violence was associated with a higher prevalence of PTSD, depression and suicidal inclination among men and women combatants in Liberia (Johnson, Asher et al. 2008). The fourth study, conducted among civilians in Eastern DRC, found a higher prevalence of PTSD, MDD, suicidal ideation, and suicide attempt among men and women who experienced sexual violence (Johnson, Scott et al. 2010).

The devastating effect of sexual violence on mental health has mostly been explained by the fact that such an act allows the aggressor to invade the victims' most intimate space (Thomas 2007). Lack of social support and feelings of shame following the experience of sexual violence were also correlated with poor mental health (Rahm, Renck et al. 2013). None of the previous studies have questioned the contribution of reproductive health outcomes to the association between sexual violence and mental health, especially when this form of violence is perpetrated in a war-related context. However, it has been demonstrated that women with serious mental health issues such as schizophrenia, mood disorders, or depression are more likely to also suffer adverse sexual and reproductive

outcomes (more lifetime sex partners, high rates of unwanted pregnancies, etc.) (Miller 1997, Matevosyan 2009).

Previous studies, including ours, found that conflict-related sexual violence can result in reproductive health issues such as fistula (Longombe, Claude et al. 2008, Mukwege and Nangini 2009, Dossa, Zunzunegui et al. 2013) and chronic pelvic pain (CPP) (Dossa, Zunzunegui et al. 2013) while non-conflict-related sexual violence was only associated with a higher probability of CPP (Rapkin, Kames et al. 1990, Toomey, Hernandez et al. 1993, Lampe, Solder et al. 2000, Farquhar and Latthe 2006, Weaver 2009, Dossa, Zunzunegui et al. 2013). In our study, fistula was defined as a communication between vagina and bladder or rectum (Hinrichsen 2006) and CPP as a recurrent, chronic or constant pain in the lower abdominal region clearly distinct from dysmenorrhea (RCOG 1998). Previous work also demonstrated that women suffering from fistula are usually ostracized, repudiated, and socially rejected (Kabir, Iliyasu et al. 2003, Wall 2006, Ahmed and Holtz 2007). As for CPP, it is a debilitating condition which may significantly impact a woman's health and quality of life and result in disruption of daily activities (Farquhar and Latthe 2006). Therefore, it is possible that among women who experienced sexual violence, the element of suffering reproductive health outcomes (e.g. fistula or CPP) will potentiate the effect of such violence on mental health.

To better understand the effect of conflict related sexual violence, it is also important to distinguish its effects from sexual violence committed in a non-conflict-related context; but none of the previous studies served this purpose. It has been previously reported that conflict-related sexual violence is a means of achieving ethnic cleansing and cultural degradation, dominating territory, dehumanizing, and humiliating the enemy (Thomas

2007, Kivlahan and Ewigman 2010, Stark and Wessells 2012). The barbaric nature of the acts of sexual violence in the context of war also makes it different from the non-conflict-related sexual violence (Hynes 2004, Thomas 2007). To investigate this difference, we conducted a mental health investigation in the DRC that included both groups of women: those who experienced non-conflict-related sexual violence and those who experienced conflict-related sexual violence. Our hypotheses are: a) The experience of non-conflict-related sexual violence or conflict-related sexual violence is associated with a higher PDS severity and a higher PTSD symptoms severity, the second context of sexual violence being more severe; b) Among women who experienced conflict-related sexual violence, those with fistula or CPP are more likely to present more severe PDS and PTSD symptoms.

METHODS

Study site and sample selection

Between July and August 2012, 320 adolescents and adult women living in four neighborhoods of Goma, participated in this cross-sectional study. Participants were included only if their age ranged from 15 to 45 years. Age was the only inclusion and exclusion criteria used. Goma is a small city, located on the border shared by Rwanda and the DRC. Since 1996, the DRC has been embroiled in armed conflicts during which hundreds of thousands of rape cases have been reported (Kippenberg 2002). Participants in this study were recruited with the help of the *Collectif Alpha Ujuvi*, a local NGO primarily concerned with literacy promotion. It aims to empower women by teaching them literacy in Swahili. It also instigates peaceful conflict resolution meetings to resolve disputes between neighbors on land ownership. The *Collectif Alpha Ujuvi* also offers

psychosocial assistance to women who have experienced conflict-related sexual violence (support group, healthcare, assistance in developing an income generating activity, mediation to reintegrate rejected women in their family). However, selection of our participants in the general population was the best way to avoid selection bias and gather data that can allow us to calculate the prevalence of sexual violence in the study sample. Leaders of literacy sessions and peaceful conflict-resolution meetings of the four neighborhoods were instrumental in inviting women to participate in the study.

Data collection procedures

Through the leaders of the conflict resolution meetings and literacy sessions, local women were informed about our study. To avoid delays in data collection, the research team (in agreement with the leaders) chose a day and met potential participants in their own neighborhoods. Those interested in participating were interviewed in private in the premises used for the literacy sessions or the conflict-resolution meetings. Two local interviewers fluent in French and Swahili who work as social assistants for the *Collectif Alpha Ujuvi* were recruited and trained to perform the interviews without bias. They were also trained on obtaining participants' consent and the need for confidentiality and privacy. Training consisted of one day of teaching on how to administrate the survey and role play. A pre-test was conducted on the first day of interviews and specific concerns on the interviewing process and questions were answered. Data collected during that day were not included in analyses. The interviews were conducted in the woman's language of choice and assisted by the primary author.

Exposure, outcomes and co-variables

Experience of sexual violence

Women were asked if they had experienced forced sexual intercourse or other forms of forced sexual acts, and if so, by what kind of perpetrators. Sexual violence (SV) was categorized as conflict-related (CR) when it was perpetrated by one of the following persons: militia, armed men, men in uniform or bandits, and occurred after 1996 in areas targeted and controlled by the rebels. SV perpetrated outside the war context by husbands, friends, colleagues or neighbors was considered as non-conflict-related (NCR). Two dummy variables were created for analyses to compare the effects of SV in the two different contexts to the absence of experiencing SV on mental health. Those who experienced both forms of SV (n=4, 3% of women who experienced SV) were included only in the CRSV group, based on our judgment that CRSV is a more severe form of SV.

Mental health outcomes

Two indicators were used to assess mental health. One was designed to assess psychological distress symptoms (PDS) severity (WHO 1994). The other was used to assess Post-traumatic stress disorder (PTSD) symptoms severity in response to a specific traumatic event. Both instruments were interviewer-administered.

PDS severity was assessed with the Self-Reported Questionnaire 20 (SRQ-20), a questionnaire that can also be interviewer-administered. The SRQ-20 was elaborated within the framework of a collaborative study coordinated by World Health Organization (WHO 1994). It is an instrument with good reliability (Cronbach's alpha between 0.77 and 0.85 in the population of interest) (Scholte, Verduin et al. 2011, Nakimuli-Mpungu,

Mojtabai et al. 2012), criterion and construct validity (WHO 1994). The Swahili version was obtained from Norwegian researchers who had used it in rural Tanzania (Wentzel Frøland, Sollesnes et al. 2010). The SRQ-20 has been tested and validated in several African countries which did or did not experience armed conflicts including Zambia, Rwanda, Ethiopia and Uganda (Abbo, Ekblad et al. 2008, Hanlon, Medhin et al. 2008, Scholte, Verduin et al. 2011, Nakimuli-Mpungu, Mojtabai et al. 2012). It comprises 20 items which capture: depressive symptoms, anxiety and psychosomatic complaints experienced within the 30 days prior to questionnaire completion. Questions on each item are answered with “0” indicating “No” or “1” indicating “Yes”. The 20 questions together yield a score (PDS severity), which ranges from 0 to 20. Since this instrument has not been validated in the Eastern DRC population, we used this scale as a continuous variable.

PTSD symptoms severity in response to a specific traumatic event was assessed with the Impact of Event Scale-Revised (IES-R), a self-report measure which can be self or interviewer-administered. The IES-R has previously been tested and validated in populations of Eastern DRC (Mels, Derluyn et al. 2010). It is an instrument with good reliability (Cronbach's alpha between 0.92 and 0.95) and construct validity (Hyer and Brown 2008, Rash, Coffey et al. 2008, Mels, Derluyn et al. 2010, Motlagh 2010, Zhang and Ho 2011, Christianson and Marren 2012). The French and Swahili versions were obtained from Dr. C Mels (Mels, Derluyn et al. 2010). It was chosen because it is easily administrated, it correlates with the DSM-IV criteria for PTSD (in effect at the time of study planning and data collection) and a Swahili version is available. The 22-item scale comprises three subscales which represent the three major symptom clusters of PTSD as

described by the American Psychiatric Association in the DSM-IV: intrusion, avoidance and hyperarousal. However, the last factor (hyperarousal) includes items that assess negative thoughts, moods and feelings, a new cluster recently added to the DSM-V. None of the IES-R's items evaluate aspects related to Criterion A2 that was eliminated in DSM-V (subjective reaction to a traumatic event requiring fear, helplessness, or horror happening right after the trauma). Participants are asked to identify a specific event and to indicate how much it has distressed them in the past month by rating each item on a 5-point scale: with "0" indicating "not at all"; "1", "a little bit"; "2", "moderately"; "3", "quite a bit"; and "4", "extremely". The IES-R yields a total score, range from 0 to 4, calculated by taking the mean of all summed item scores. This measure is only applicable to respondents who can identify a most traumatizing or difficult event experienced. There is no specific cut-off point used for designation of PTSD with the IES-R (Christianson and Marren 2012), hence we used this scale as a continuous variable indicating the PTSD symptoms severity. More importantly, the instrument we used does not diagnose PTSD but the severity of the symptoms identified as related to PTSD (how often they were experienced by the participant in the last 30 days) (Mels et al., 2010a). Therefore we could not diagnose any psychiatric case of PTSD in this work.

Co-variables

We were interested in understanding the interaction between fistula or CPP and SV on mental health. Women were asked if and when they started suffering from those conditions. Definitions previously provided for fistula and CPP were used to help women identify the outcome of interest when asking both questions. Cases of fistula reported

could be traumatic or obstetric because women were not asked if this condition was developed immediately after the assault or eventually during the childbirth which occurred after their rape. To be considered, both fistula and CPP conditions must have been developed after the experience of rape. Other co-variables assessed were as potential confounders: age, current marital status and whether there was a recent change and the reason for change. Information on tribe, religion, occupation, education and number of children were also obtained.

Ethical approval

Before collecting data, approval was obtained from the Ethical committee of the University of Montreal. The committee ensured that the study would not cause additional harm to participants; psychological help would be available when needed; and confidentiality and privacy would be protected. They also made certain that participants' informed consents would be properly obtained. Participants' willingness to stop the interview anytime they felt the need to do so was also respected. Our collaboration with the *Collectif Alpha Ujuvi* was instrumental in respecting all our engagements regarding ethical concerns. As the two interviewers were social assistants who worked with women who experienced conflict-related sexual violence, we were able to offer immediate and subsequent psychological assistance for participants who felt distressed while recalling traumatizing events. Moreover, the information and consent form was translated into Swahili and this included the *Collectif Alpha Ujuvi's* address and an open invitation to participants to visit the NGO if they felt the need later.

Statistical analysis

Analyses of variance were used to examine the difference in means of PDS and PTSD symptoms severity among women who experienced CRSV, NCRSV and no SV. Post-hoc comparisons were performed with Scheffé's method to identify significant ($p < 0.05$) mean contrasts.

Finally, linear regression models were used to examine the associations between PDS severity, PTSD symptoms severity and experience of SV. The same models were used to assess the modification effect of fistula and CPP, using multiplicative terms (interaction test). Multivariate models included all covariates that attained a p value of 0.25 or less in the bivariate analyses.

RESULTS

Descriptive statistics

In our sample, 36% of women reported having experienced SV. The majority of the women were married while about 17% were separated or widowed. Table 1 gives additional details about the distribution of participants' socio-demographic characteristics according to experience of SV. It is noteworthy that 16% of women with fistula were separated or abandoned by their husbands vs. 4.8% of those who did not have such problems ($p = 0.016$). Of the 18 women who reported having been repudiated or abandoned by their husband, 16.7% never experienced SV, 5.5% experienced NCRSV and 77.8% experienced CRSV; the last proportion being significantly higher than the others ($p < 0.0001$). Experiencing CRSV is also associated with higher odds of being repudiated or abandoned by the husband (OR = 17.6, 95% CI [4.9 – 63.5]). As indicated in our previous article (Dossa, Zunzunegui et al. 2013), compared to women who did not experience SV, after adjustment for potential confounders, women who experienced CRSV were significantly more likely to have fistula (OR=11.1 CI 95% [3.1-39.3]) and CPP (OR=5.1 CI 95% [2.4-10.9]). Women who experienced NCRSV did not have higher odds for fistula but seemed more likely to report CPP (OR=2.3 [0.95-5.8]).

Sexual violence and PDS severity

In bivariate analyses, PDS severity was significantly associated with experience of SV ($p < 0.0001$). PDS severity score means for those without SV and those with NCRSV or CRSV were also significantly different (Table 2). In comparison to women who never experienced SV, those who experienced SV in either of the two contexts studied have significantly higher PDS severity score means. Moreover, compared to those who

experienced NCRSV, women who experienced CRSV have a higher mean of PDS severity score (Table 2). In comparison to women who never suffered from fistula or CPP, means of PDS severity score among those who suffered from those conditions were also higher (Table 2).

Linear multivariate models were fitted to evaluate contributions of both SV and reproductive health problems to PDS severity, adjusting for potential confounders (Table 3). Only the experience of NCRSV (without fistula) and the experience of CRSV (with or without fistula or CPP) were associated with more severe PDS symptoms. Compared to women who never experienced SV and never suffered from fistula or CPP, those who experienced CRSV had a higher PDS score, regardless of the presence of additional health conditions (Table 3). Women who experienced CRSV and suffered from fistula or CPP had the highest PDS severity score when compared to those who experienced CRSV but did not suffer from those health conditions.

Sexual violence and PTSD symptoms severity

Thirty-seven participants could not identify a most difficult event experienced and hence did not contribute a PTSD symptoms severity for the analyses. All of them had never experienced SV (see table 1).

The mean PDS severity score for them was 6.6, 81% were 29 years old or younger, 90% were married and 76% had between 0 and 4 children. Four of the 117 women who had experienced SV reported another event other than the SV experienced as the most difficult or traumatizing.

In bivariate analyses, PTSD symptoms severity for those without SV and those with NCRSV were indistinguishable (Table 2). Compared to these two groups, women with

CRSV had a significantly higher mean of PTSD symptoms severity score. Suffering from fistula or CPP was also significantly associated with more severe PTSD symptoms (Table 2).

Linear multivariate models were fitted to evaluate contributions of both SV and reproductive health problems to PTSD symptoms severity, adjusting for potential confounders (Table 4). Only the experience of CRSV was associated with more severe PTSD symptoms. Compared to women who never experienced SV and never suffered from fistula or CPP, those who experienced CRSV had more severe PTSD symptoms, regardless of presence of additional health conditions (Table 4). Women who experienced CRSV and suffered from fistula or CPP had the highest PTSD symptoms severity when compared to those who experienced CRSV but did not suffer from those health conditions (respective p-values 0.04 and 0.05; data not shown).

DISCUSSION

This study demonstrated that sexual violence could cause mental disorders and that armed conflict-related sexual violence, on its own, and in conjunction with resulting fistula and chronic pelvic pain, could have overwhelming and devastating effects on a woman's mental health.

Our findings related to PDS severity as well as to PTSD symptoms severity are consistent with previous works which studied association between sexual violence and PTSD and psychological distress symptoms (Garcia-Moreno, Heise et al. 2005, Pico-Alfonso, Garcia-Linares et al. 2006, Johnson, Asher et al. 2008, Johnson, Scott et al. 2010, Loncar, Henigsberg et al. 2010, Lueger-Schuster, Gluck et al. 2012, Dillon, Hussain et al. 2013).

Specifically, a study in the Democratic Republic of Congo (DRC) found that the prevalence of mental health conditions (PTSD, Major depressive disorder, etc.) among those who experienced sexual violence were at least twice that among those who never experienced such acts (Johnson, Scott et al. 2010). We also found that only conflict-related sexual violence (not non-conflict-related sexual violence) was associated with more severe PTSD symptoms. A plausible explanation is that the PTSD symptoms severity was high for those who lived in a war zone even without the experience of sexual violence. In fact witnessing a violent crime during war time can also result in PTSD symptoms (Lueger-Schuster, Gluck et al. 2012). Moreover, the living conditions of populations affected by an armed conflict (unemployment, low or no income, insecurity, etc.) are the same for all women, regardless of their experience of sexual violence, and it has been proven that those conditions (apart from war-related trauma) also affect mental health (Miller and Rasmussen 2010, Miller and Rasmussen 2010, Roberts and Browne 2011). As a result, only the extreme trauma related to the experience of conflict-related sexual violence was severe enough to produce an effect above that of war zone living. The effect of conflict-related sexual violence on PTSD symptoms severity could be direct. However, since women were not interviewed immediately after their experience of sexual violence, we cannot exclude the possibility that, those who suffered from it had more severe PTSD symptoms because of their social exclusion. In fact, in our sample most (77.8%) of the women who reported being repudiated or abandoned by their husband belonged to the group who experienced conflict-related sexual violence. Rejection of women who experienced conflict-related sexual violence by their family and friends can also contribute to the severity of their PTSD symptoms severity. This aspect

has been thoroughly investigated and presented in another article assessing the social impact of conflict-related sexual violence.

Both fistula and CPP were significantly associated with higher means of PDS severity and PTSD symptoms severity score. As postulated, the strongest associations with PDS severity and PTSD symptoms severity were observed among women who experienced conflict-related sexual violence and had fistula or CPP. This suggests that suffering from these conditions could worsen the mental health consequences of sexual violence or that those who suffered fistula or CPP were also those who suffered more severe attacks. Researches on social impacts of fistula unanimously found that it causes disruptions in family and community relationships, and isolation (Ahmed and Holtz 2007, Roush 2009). In our study, 16% of women with fistula were separated or abandoned by their husband while this figure was 4.8% among those without this condition. Such rejections were secondary victimization and might trigger revival of the suffered trauma or aggravate PDS severity. According to previous studies, CPP leads to mood disturbance, disruption of normal activity and relationships as well as pain (Stones, Selfe et al. 2000). All can result in more severe PDS and PTSD symptoms. Surprisingly, compared to women who never experienced sexual violence and suffered fistula, those who experienced non-conflict-related sexual violence and suffered fistula or CPP did not have a significant higher PDS severity. This could be the result of the lower number of participants in the category of those who experienced non-conflict-related sexual violence and suffered from fistula (2 out of 50) or CPP (9 out of 49).

Our results call for adequate psychological help and gynecological care such as fistula repair for women who are victims of conflict-related sexual violence. A systematic review indicated that cognitive processing therapy (CPT) in its culturally-adapted form and narrative exposure therapy reduced PTSD symptoms severity and depressive symptoms severity; with CPT being the most effective (Dossa and Hatem 2012). Further, educational campaigns should be launched to stop rejection, vilification and stigmatization of women who are victims of sexual violence.

STUDY STRENGTHS AND LIMITATIONS

Our study was the first to explore the combined effects of sexual violence and reproductive health problems on mental health. It also had the advantage of employing two previously validated instruments of mental health to assess both psychological distress symptoms and PTSD symptoms severity. Moreover, it was able to compare mental health consequences of sexual violence in two different contexts: whether it is related to armed conflicts or not.

We recognize that there are inherent limitations in our study which warrant caution in interpretation of results. The major limitation is the voluntary nature of participation, which may render our sample unrepresentative and our results biased. Nevertheless, our sample was reasonably similar to the target population with respect to several characteristics. Education level, marital status, and number of children were similar to the ones reported in the DRC's 2007 Demographic Health Survey (Ministère and Macro 2008). The prevalence of sexual violence in the sample was also similar to that reported

in a recent population-based study conducted in the Eastern DRC with 998 households participants (Johnson, Scott et al. 2010). We are also confident that the likelihood of a biased sample is minimal. We did not offer any medical assistance and the *Collectif Alpha Ujuvi* which was instrumental in recruitment was not a medical or mental health facility. Therefore, women with mental health issues could not have been disproportionately attracted to participate. Moreover, for our results to be biased, such disproportionate representation should occur more among those who suffered conflict-related sexual violence than the other groups, an improbable scenario. This, together with the fact that we observed a strong effect, provide assurance that our findings are unlikely the result of a biased sample.

The second limitation of our study is the inability of the IES-R to delineate the presence or absence of PTSD (Mels, Derluyn et al. 2010). Therefore only relative effects on PTSD symptoms severity could be assessed. The scores calculated in our study (0.36 – 3.45) were, however, in the same range of those obtained in the only study conducted among DRC adolescents using the IES-R (0 - 3.9) (Mels, Derluyn et al. 2009).

Based on our study findings and limits, a number of suggestions can be made for further research on the subject. First, future research on this subject must take into account their reproductive and physical health issues. If possible, social variables such as living conditions, exclusion/repudiation must also be considered. Our study also supports the fact that not all women living in a war zone suffer from mental health issues in the same way. Those results need to be confirmed with a larger sample size. Moreover, interventions in war-torn countries should be adapted to the women's needs and the type of trauma they experience. Further research should therefore seek to develop

psychological assistance programs that will suit women's needs depending on the type of trauma experienced. Finally, often, humanitarian organizations develop programs without consulting the targeted populations. However, research on the needs of war-torn populations will help those organizations provide the most appropriate assistance with benefits that will last over time.

CONCLUSION

Sexual violence in the context of war has existed from time immemorial. It occurs now in the DRC and our results provide strong evidence that such violence has devastating consequences on physical and mental health. It harms the victims and by extension their families and communities. Our findings call for adequate health care to be delivered to the survivors of such violence. Of more fundamental importance, our findings call for all measures to be taken to eradicate this atrocious means of destruction of entire ethnic groups.

Role of the sponsors

The sponsors of this study had no role in study design, or conduct, nor in the collection, management, analysis, and interpretation of data. They did not play a role in the presentation, writing, review, or approval of the manuscript.

Conflict of interest

On behalf of all authors, the corresponding author states that there is no conflict of interest.

Acknowledgements

This work was supported by the «Axe de Santé Mondiale» of the Réseau de Recherche en Santé des Populations du Québec and the “L’institut pour la culture et la coopération (LINCCO)” development project in DRC. We also thank the Quebec Training Network in Perinatal Research for providing a scholarship to the primary author. Editing of the manuscript was possible with the financial help of the “Institut de Recherche en Santé Publique de l’Université de Montréal (IRSPUM)”. We are also grateful to the personnel of the *Collectif Alpha Ujuvi* for their assistance in data collection, the teachers and leaders who helped us in reaching women of interest in this study and all the participants especially those who experienced conflict-related sexual violence. Without your courage to speak, this study would not have been possible.

Table V (article 2): Characteristics of the study participants

Variables	Categories	n (%)	Experience of sexual violence			p-value*
			Never (n=203)	NCRSV (n=50)	CRSV (n=67)	
			%			
Age	Lowest to 19	57 (17.8)	20.7	18.0	9.0	0.005
	19 to 24	77 (24.1)	27.6	26.0	11.9	
	25 to 29	60 (18.8)	17.2	22.0	20.9	
	30 to 34	38 (11.9)	10.8	16.0	11.9	
	35 and higher	88 (27.5)	23.7	18.0	46.3	
Marital status	Single	57 (17.8)	19.7	16.0	13.4	< 0.0001
	Married	206 (64.4)	70.4	58.0	50.7	
	Separated/Divorced	42 (13.1)	6.4	20.0	28.4	
	Widow	15 (4.7)	3.5	6.0	7.5	
Tribe	Hutu	155 (48.4)	52.2	44.0	40.3	0.41
	Hunde	34 (10.6)	9.8	14.0	10.4	
	Other	131 (40.9)	40.0	42.0	49.3	
Religion	Christian	287 (91.1)	89.5	94.0	94.0	0.51
	Muslim	7 (2.2)	2.0	2.0	3.0	
	Other local religious club	21 (6.7)	8.5	4.0	3.0	
Education	Less than primary school	212 (66.2)	63.0	80.0	65.7	0.076
	Secondary school, alphabetization and Vocational training	108 (33.8)	37.0	20.0	34.3	
Occupation	Trader	120 (37.5)	17.7	12.0	29.9	0.002
	Farmer	62 (19.4)	34.0	36.0	49.2	
	Jobless or Stay at home mom	91 (28.4)	29.6	38.0	17.9	
	Other	47 (14.7)	18.7	14.0	3.0	

Number of children	0 to 5 children	227 (71.2)	62.6	74.0	52.2	0-11
	5 to 10 children	86 (27)	34.0	20.0	44.8	
	More than 10 children	6 (1.9)	3.4	4.0	3.0	
Most difficult or traumatizing event experienced	None	37 (11.6)	18.2	0	0	-
	Sexual violence	114 (35.6)	0	92	100	
	War and its consequences/ Witnessed massacre	40 (12.5)	20.2	0	0	
	Sudden death of a relative unrelated to war	57 (17.8)	27.6	2	0	
	Not having had access to education	12 (3.8)	5.9	0	0	
	Tensions inside family	36 (11.2)	16.8	4	0	
	Other events	24 (7.5)	11.3	2	0	

* p-value for χ^2 test.

Never: Women never experienced sexual violence

NCRSV: Women experienced non-conflict-related sexual violence

CRSV: Women experienced conflict-related sexual violence

n= number of women in each category.

% = Proportion of women in each category

Table VI (article 2): Psychological distress symptoms (PDS) severity and PTSD symptoms severity by experience of sexual violence, presence of Fistula or Chronic Pelvic Pain

PDS severity (n=320)						
Independent variable	Categories	N	Minimum – Maximum Raw scores	Means of scores ± SD	F-test (Anova)	p-value
	Sexual violence	Never	203	0 - 12	8.62 ± 0.25	35.44
NCRSV		50	4 - 19	10.18 ± 0.48 ^a		
CRSV		67	5 - 18	12.66 ± 0.36 ^{b, c}		
Fistula	No	293	0 - 19	9.47 ± 0.22	15.54	< 0.0001
	Yes	24	1 - 18	12.58 ± 0.86		
Chronic Pelvic Pain	No	262	0 - 19	9.44 ± 0.22	7.49	0.007
	Yes	54	1 - 18	10.98 ± 0.59		
PTSD symptoms severity (n=283)						
Independent variable	Categories	n	Minimum – Maximum Raw scores	Means of scores ± SD	F-test (Anova)	p-value
	Sexual violence	Never	166	0.36 – 3.22	2.2 ± 0.04	12.7
NCRSV		50	0.41 – 3.41	2.2 ± 0.07		
CRSV		67	0.95 – 3.45	2.6 ± 0.05 ^{d, e}		
Fistula	No	256	0.36 – 3.41	2.2 ± 0.03	15.5	< 0.0001
	Yes	24	1.41 – 3.45	2.7 ± 0.1		
Chronic Pelvic pain	No	229	0.36 – 3.45	2.2 ± 0.03	13.83	< 0.0001
	Yes	49	1.18 – 3.32	2.5 ± 0.06		

^a Significantly different from mean of PDS severity score among women who never experienced SV (p<0.05)

^b Significantly different from mean of PDS severity score among women who never experienced SV (p<0.01)

^c Significantly different from mean of PDS severity score women who experienced NCRSV (p<0.01)

^d Significantly different from mean of PTSD symptoms severity score among women who never experienced SV (p<0.01)

^e Significantly different from mean of PTSD symptoms severity score among women who experienced NCRSV (p<0.01)

Never: Women never experienced sexual violence
NCRSV: Women experienced non-conflict-related sexual violence
CRSV: Women experienced conflict-related sexual violence

Table VII (article 2): Linear regression model testing for interactions between sexual violence and reproductive adverse outcomes on Psychological distress symptoms (PDS) severity

	Dummy variables	b**	Standard error	p-value	R ²
Model 1 (Sexual violence and Fistula)	Constant (No SV and No Fistula)*	8.65	0.24	< 0.0001	0.27
	No SV and Fistula	-1.76	1.39	0.21	
	NCRSV and No Fistula	1.39	0.54	0.01	
	NCRSV and Fistula	1.25	2.37	0.59	
	CRSV and No Fistula	2.68	0.54	< 0.0001	
	CRSV and Fistula	4.62	0.89	< 0.0001	
Model 2 (Sexual violence and CPP)	Constant (No SV and No CPP)*	7.03	0.99	< 0.0001	0.27
	No SV and CPP	-0.9	0.77	0.25	
	NCRSV and No CPP	1.15	0.59	0.05	
	NCRSV and CPP	1.83	1.13	0.11	
	CRSV and No CPP	2.56	0.6	< 0.0001	
	CRSV and CPP	3.9	0.74	< 0.0001	

Never: Women never experienced sexual violence; NCRSV: Women experienced non-conflict-related sexual violence; CRSV: Women experienced conflict-related sexual violence

Model 1: Interaction test between experience of sexual violence and Fistula; variables created by combining sexual violence and Fistula, reference category for linear regression is «never experienced sexual violence and absence of Fistula»

Model 2: Interaction test between experience of sexual violence and CPP; variables created by combining sexual violence and CPP, reference category is «never experienced sexual violence and absence of CPP».

*Category of reference

** Coefficients adjusted for potential confounders (age, matrimonial status, education, occupation and number of children)

Table VIII (article 2): Linear regression model testing for interactions between sexual violence and reproductive adverse outcomes on PTSD symptoms severity

	Dummy variables	b**	Standard error	p-value	R ²
Model 1 (Sexual violence and Fistula)	Constant (No SV and No Fistula)*	2.083	0.155	< 0.0001	0.15
	No SV and Fistula	0.233	0.190	0.22	
	NCRSV and No Fistula	0.006	0.077	0.94	
	NCRSV and Fistula	0.041	0.325	0.90	
	CRSV and No Fistula	0.201	0.077	0.010	
	CRSV and Fistula	0.466	0.122	< 0.0001	
Model 2 (Sexual violence and CPP)	Constant (No SV and No CPP)*	2.068	0.156	< 0.0001	0.16
	No SV and CPP	0.073	0.118	0.54	
	NCRSV and No CPP	-0.057	0.084	0.49	
	NCRSV and CPP	0.183	0.156	0.24	
	CRSV and No CPP	0.180	0.083	0.03	
	CRSV and CPP	0.405	0.105	< 0.0001	

Never: Women never experienced sexual violence

NCRSV: Women experienced non-conflict-related sexual violence

CRSV: Women experienced conflict-related sexual violence

Model 1: Interaction test between experience of sexual violence and Fistula; variables created by combining sexual violence and Fistula, reference category for linear regression is «never experienced sexual violence and absence of Fistula»

Model 2: Interaction test between experience of sexual violence and CPP; variables created by combining sexual violence and CPP, reference category is «never experienced sexual violence and absence of CPP».

*Category of reference

** Coefficients adjusted for potential confounders (age, matrimonial status, education, occupation and number of children)

REFERENCES

- Abbo, C., Ekblad, S., Waako, P., Okello, E., Muhwezi, W., & Musisi, S. (2008). Psychological distress and associated factors among the attendees of traditional healing practices in Jinja and Iganga districts, Eastern Uganda: A cross-sectional study. *International Journal of Mental Health Systems*, 2, Article 16. doi:10.1186/1752-4458-2-16
- Ahmed, S., & Holtz, S. A. (2007). Social and economic consequences of obstetric fistula: Life changed forever? *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 99(Suppl. 1), S10-S15.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Araya, M., Chotai, J., Komproe, I. H., & de Jong, J. T. (2007). Effect of trauma on quality of life as mediated by mental distress and moderated by coping and social support among postconflict displaced Ethiopians. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care & Rehabilitation*, 16, 915-927.
- Betancourt, T. S., Speelman, L., Onyango, G., & Bolton, P. (2009). A qualitative study of mental health problems among children displaced by war in Northern Uganda. *Transcultural Psychiatry*, 46, 238-256.
- Christianson, S., & Marren, J. (2012). The Impact of Event Scale–Revised (IES-R). *Medsurg Nursing*, 21, 321-322.
- Dillon, G., Hussain, R., Loxton, D., & Rahman, S. (2013). Mental and physical health and intimate partner violence against women: A review of the literature. *International Journal of Family Medicine*, 2013, 1-15. doi:10.1155/2013/313909
- Dossa, N. I., & Hatem, M. (2012). Cognitive-behavioral therapy versus other PTSD psychotherapies as treatment for women victims of war-related violence: A systematic review. *Scientific World Journal*, 2012, Article 181847. doi:10.1100/2012/181847
- Dossa, N. I., Zunzunegui, M. V., Hatem, M., & Fraser, W. D. (2014). Fistula and other adverse reproductive health outcomes among women victims of conflict-related sexual violence: A population-based cross-sectional study. *Birth*, 41 (1), 5-13.
- Dubow, E., Boxer, P., Huesmann, L., Landau, S., Dvir, S., Shikaki, K., & Ginges, J. (2012). Cumulative effects of exposure to violence on posttraumatic stress in Palestinian and Israeli youth. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 41, 837-844.
- Espie, E., Gaboulaud, V., Baubet, T., Casas, G., Mouchenik, Y., Yun, O., . . . Moro, M. R. (2009). Trauma-related psychological disorders among Palestinian children and adults in Gaza and West Bank, 2005-2008. *International Journal of Mental Health Systems*, 3, Article 21.

- Farhood, L. (2010). Mental health and psychosocial care for citizens affected by war in Lebanon: Training project for healthcare professionals. In B. K. Wiederhold (Ed.), *Coping with posttraumatic stress disorder in returning troops: Wounds of War II* (Vol. 287, pp. 263-276). Amsterdam, The Netherlands: IOS Press.
- Farquhar, C., & Latthe, P. (2006). Chronic pelvic pain: Aetiology and therapy. *Reviews in Gynaecological and Perinatal Practice*, 6, 177-184. doi:10.1016/j.rigapp.2006.02.004
- Garcia-Moreno, C., Heise, L., Jansen, H. A. F. M., Ellsberg, M., & Watts, C. (2005). *WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: Initial results on prevalence, health outcomes and women's responses*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Hamid, A. A., & Musa, S. A. (2010). Mental health problems among internally displaced persons in Darfur. *International Journal of Psychology*, 45, 278-285.
- Hanlon, C., Medhin, G., Alem, A., Araya, M., Abdulahi, A., Hughes, M., . . . Prince, M. (2008). Detecting perinatal common mental disorders in Ethiopia: Validation of the Self-Reporting Questionnaire and Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Journal of Affective Disorders*, 108, 251-262. doi:10.1016/j.jad.2007.10.023
- Hinrichsen, D. (2006). *Obstetric fistula: Ending the silence, easing the suffering* (INFO Reports No. 2). Baltimore, MD: INFO Project: Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health.
- Hyer, K., & Brown, L. M. (2008). The Impact of Event Scale–Revised: A quick measure of a patient's response to trauma. *American Journal of Nursing*, 108(11), 60-68; quiz 68-69. doi:10.1097/01.NAJ.0000339101.39986.85
- Hynes, H. P. (2004). On the battlefield of women's bodies: An overview of the harm of war to women. *Women's Studies International Forum*, 27, 431-445. doi:10.1016/j.wsif.2004.09.001
- Johnson, K., Asher, J., Rosborough, S., Raja, A., Panjabi, R., Beadling, C., & Lawry, L. (2008). Association of combatant status and sexual violence with health and mental health outcomes in postconflict Liberia. *Journal of the American Medical Association*, 300, 676-690. doi:10.1001/jama.300.6.676
- Johnson, K., Scott, J., Rughita, B., Kisielewski, M., Asher, J., Ong, R., & Lawry, L. (2010). Association of sexual violence and human rights violations with physical and mental health in territories of the Eastern Democratic Republic of the Congo. *Journal of the American Medical Association*, 304, 553-562. doi:10.1001/jama.2010.1086
- Kabir, M., Iliyasu, Z., Abubakar, I. S., & Umar, U. I. (2003). Medico-social problems of patients with vesico-vaginal fistula in Murtala Mohammed Specialist Hospital, Kano. *Annals of African Medicine*, 2(2), 54-57.
- Khamis, V. (2012). Impact of war, religiosity and ideology on PTSD and psychiatric disorders in adolescents from Gaza Strip and South Lebanon. *Social Science & Medicine*, 74, 2005-2011.

- Kippenberg, J. (2002). *The war within the war: Sexual violence against women and girls in Eastern Congo*. New York, NY: Human Right Watch.
- Kivlahan, C., & Ewigman, N. (2010). Rape as a weapon of war in modern conflicts. *British Medical Journal*, *340*: c3270. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.c3270>
- Lampe, A., Solder, E., Ennemoser, A., Schubert, C., Rumpold, G., & Sollner, W. (2000). Chronic pelvic pain and previous sexual abuse. *Obstetrics & Gynecology*, *96*, 929-933.
- Loncar, M., Henigsberg, N., & Hrabac, P. (2010). Mental health consequences in men exposed to sexual abuse during the war in Croatia and Bosnia. *Journal of Interpersonal Violence*, *25*, 191-203.
- Longombe, A. O., Claude, K. M., & Ruminjo, J. (2008). Fistula and traumatic genital injury from sexual violence in a conflict setting in Eastern Congo: Case studies. *Reproductive Health Matters*, *16*, 132-141. doi:10.1016/S0968-8080(08)31350-0
- Lueger-Schuster, B., Gluck, T. M., Tran, U. S., & Zeilinger, E. L. (2012). Sexual violence by occupational forces during and after World War II: Influence of experiencing and witnessing of sexual violence on current mental health in a sample of elderly Austrians. *International Psychogeriatrics*, *24*, 1354-1358. doi:10.1017/S104161021200021X
- Matevosyan, N. (2009). Reproductive health in women with serious mental illnesses: A review. *Sexuality and Disability*, *27*, 109-118. doi:10.1007/s11195-009-9114-3
- McMullen, J. D., O'Callaghan, P. S., Richards, J. A., Eakin, J. G., & Rafferty, H. (2012). Screening for traumatic exposure and psychological distress among war-affected adolescents in post-conflict Northern Uganda. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, *47*, 1489-1498.
- Mels, C., Derluyn, I., Broekaert, E., & Rosseel, Y. (2009). Screening for traumatic exposure and posttraumatic stress symptoms in adolescents in the war-affected Eastern Democratic Republic of Congo. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, *163*, 525-530.
- Mels, C., Derluyn, I., Broekaert, E., & Rosseel, Y. (2010a). Community-based cross-cultural adaptation of mental health measures in emergency settings: Validating the IES-R and HSCL-37A in Eastern Democratic Republic of Congo. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *45*, 899-910. doi:10.1007/s00127-009-0128-z
- Mels, C., Derluyn, I., Broekaert, E., & Rosseel, Y. (2010b). The psychological impact of forced displacement and related risk factors on Eastern Congolese adolescents affected by war. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *51*, 1096-1104.
- Miller, K. E., & Rasmussen, A. (2010a). Mental health and armed conflict: The importance of distinguishing between war exposure and other sources of adversity: A response to Neuner. *Social Science & Medicine*, *71*, 1385-1389.
- Miller, K. E., & Rasmussen, A. (2010b). War exposure, daily stressors, and mental health in conflict and post-conflict settings: Bridging the divide between trauma-focused

- and psychosocial frameworks. *Social Science & Medicine*, 70, 7-16. doi:10.1016/j.socscimed.2009.09.029
- Miller, L. J. (1997). Sexuality, reproduction, and family planning in women with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 23, 623-635.
- Ministère du Plan & Macro International. (2008). *Enquête Démographique et de Santé République Démocratique du Congo (Demographic and Health Survey Democratic Republic of Congo)*. Calverton, MD: Ministère du Plan RDC et Macro International.
- Motlagh, H. (2010). Impact of Event Scale–Revised. *Journal of Physiotherapy*, 56, Article 203.
- Mukwege, D. M., & Nangini, C. (2009). Rape with extreme violence: The new pathology in South Kivu, Democratic Republic of Congo. *PLoS Medicine*, 6(12). doi:10.1371/journal.pmed.1000204
- Nakimuli-Mpungu, E., Mojtabai, R., Alexandre, P. K., Katabira, E., Musisi, S., Nachega, J. B., & Bass, J. K. (2012). Cross-cultural adaptation and validation of the self-reporting questionnaire among HIV+ individuals in a rural ART program in Southern Uganda. *HIV AIDS*, 4, 51-60. doi:10.2147/HIV.S29818
- Neria, Y., Besser, A., Kiper, D., & Westphal, M. (2010). A longitudinal study of posttraumatic stress disorder, depression, and generalized anxiety disorder in Israeli civilians exposed to war trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 23, 322-330.
- Pico-Alfonso, M. A., Garcia-Linares, M. I., Celda-Navarro, N., Blasco-Ros, C., Echeburua, E., & Martinez, M. (2006). The impact of physical, psychological, and sexual intimate male partner violence on women's mental health: Depressive symptoms, posttraumatic stress disorder, state anxiety, and suicide. *Journal of Women's Health*, 15, 599-611. doi:10.1089/jwh.2006.15.599
- Priebe, S., Bogic, M., Ajdukovic, D., Franciskovic, T., Galeazzi, G. M., Kucukalic, A., . . . Schutzwahl, M. (2010). Mental disorders following war in the Balkans: A study in 5 countries. *Archives of General Psychiatry*, 67, 518-528.
- Priebe, S., Bogic, M., Ashcroft, R., Franciskovic, T., Galeazzi, G. M., Kucukalic, A., . . . Ajdukovic, D. (2010). Experience of human rights violations and subsequent mental disorders—A study following the war in the Balkans. *Social Science & Medicine*, 71, 2170-2177.
- Rahm, G., Renck, B., & Ringsberg, K. C. (2013). Psychological distress among women who were sexually abused as children. *International Journal of Social Welfare*, 22, 269-278. doi:10.1111/j.1468-2397.2012.00898.x
- Rapkin, A. J., Kames, L. D., Darke, L. L., Stampler, F. M., & Naliboff, B. D. (1990). History of physical and sexual abuse in women with chronic pelvic pain. *Obstetrics & Gynecology*, 76, 92-96.
- Rash, C. J., Coffey, S. F., Baschnagel, J. S., Drobos, D. J., & Saladin, M. E. (2008). Psychometric properties of the IES-R in traumatized substance dependent

- individuals with and without PTSD. *Addictive Behaviors*, 33, 1039-1047. doi:10.1016/j.addbeh.2008.04.006
- Rivera, W. H., Mari, J. D. J., Andreoli, S. B., Quintana, M. I., & Ferraz, M. (2008). Prevalence of mental disorder and associated factors in civilian Guatemalans with disabilities caused by the internal armed conflict. *International Journal of Social Psychiatry*, 54, 414-424.
- Roberts, B., & Browne, J. (2011). A systematic review of factors influencing the psychological health of conflict-affected populations in low- and middle-income countries. *Global Public Health: An International Journal for Research, Policy and Practice*, 6, 814-829.
- Roush, K. M. (2009). Social implications of obstetric fistula: An integrative review. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 54, e21-e33. doi:10.1016/j.jmwh.2008.09.005
- Royal College of Obstetricians & Gynaecologists. (1998). Chronic pelvic pain. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 105, 8-10.
- Sabes-Figuera, R., McCrone, P., Bogic, M., Ajdukovic, D., Franciskovic, T., Colombini, N., . . . Priebe, S. (2012). Long-term impact of war on healthcare costs: An eight-country study. *PLoS ONE*, 7(1): e29603
- Sagi-Schwartz, A. (2008). The well being of children living in chronic war zones: The Palestinian—Israeli case. *International Journal of Behavioral Development*, 32, 322-336. doi:10.1177/0165025408090974
- Scholte, W. F., Verduin, F., van Lammeren, A., Rutayisire, T., & Kamperman, A. M. (2011). Psychometric properties and longitudinal validation of the Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) in a Rwandan community setting: A validation study. *BMC Medical Research Methodology*, 11, Article 116. doi:10.1186/1471-2288-11-116
- Stark, L., & Wessells, M. (2012). Sexual violence as a weapon of war. *Journal of the American Medical Association*, 308, 677-678. doi:10.1001/jama.2012.9733
- Stones, R. W., Selfe, S. A., Fransman, S., & Horn, S. A. (2000). Psychosocial and economic impact of chronic pelvic pain. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 14, 415-431.
- Thabet, A. A. M., Abed, Y., & Vostanis, P. (2002). Emotional problems in Palestinian children living in a war zone: A cross-sectional study. *The Lancet*, 359, 1801-1804. doi:10.1016/S0140-6736(02)08709-3
- Thomas, K. (2007). Sexual violence: Weapon of war, impediment to peace. In M. Coudrey & T. Morris (Eds.), *Sexual violence: Weapon of war* (p. 15-16). Oxford, UK: Refugee Studies Centre & UNFPA
- Toomey, T. C., Hernandez, J. T., Gittelman, D. F., & Hulka, J. F. (1993). Relationship of sexual and physical abuse to pain and psychological assessment variables in chronic pelvic pain patients. *Pain*, 53, 105-109.

- Wall, L. L. (2006). Obstetric vesicovaginal fistula as an international public-health problem. *The Lancet*, 368, 1201-1209.
- Weaver, T. L. (2009). Impact of rape on female sexuality: Review of selected literature. *Clinical Obstetrics & Gynecology*, 52, 702-711. doi:10.1097/GRF.0b013e3181bf4bfb
- Wentzel Frøland, H. T., Sollesnes, S. G., Nordgreen, T., & Svensen, E. (2010). *Common mental disorders in rural Tanzania: How do patients explain their distress?* Det Psykologiske Fakultet, Universitas Bergensis (Bergen, Norway)
- World Health Organization. (1994). *A user's guide to the Self Reporting Questionnaire (SRQ)*. Geneva, Switzerland: Division of Mental Health, World Health Organization.
- Zhang, Y., & Ho, S. M. Y. (2011). Risk factors of posttraumatic stress disorder among survivors after the 512 Wenchuan Earthquake in China. *PLoS ONE*, 6(7), e22371. doi:10.1371/journal.pone.0022371

5.3.2. Autres résultats pertinents aux objectifs 2 et 4 de la thèse

5.3.2.1. Évaluation de l'effet modificateur de l'âge, de la parité ou du statut matrimonial sur l'association entre la violence sexuelle et la santé mentale

a. Rationnel

Il s'agit ici d'évaluer l'effet potentiellement modificateur de l'âge, de la parité ou du statut matrimonial sur la relation entre la violence sexuelle et la santé mentale (voir objectif 2). Ces résultats permettront de tirer des conclusions quant aux critères de vulnérabilité supplémentaires qui pourraient exposer d'avantage les femmes victimes de VSLC aux troubles de santé mentale.

b. Méthodes

Un modèle linéaire général a été utilisé pour évaluer l'interaction entre l'âge, la parité ou le statut matrimonial et la violence sexuelle en ce qui concerne la *sévérité des symptômes de détresse psychologique* et la *sévérité des symptômes de PTSD*. Un diagramme en bâtons a ensuite été dessiné pour schématiser la contribution du statut matrimonial aux effets de la violence sexuelle sur la *sévérité des symptômes de détresse psychologique*. Il a permis d'évaluer la variation de la médiane des scores de détresse psychologique à la fois selon le statut d'exposition à la violence sexuelle et le statut matrimonial des femmes.

c. Résultats

Concernant la *sévérité des symptômes de détresse psychologique*, les femmes divorcées/séparées et veuves ont une médiane de score de détresse psychologique (moyennes respectives 11.3 et 12.1) significativement supérieure à celle des femmes célibataires ou mariées (moyennes

respectives 9.26 et 9.49) (valeur $p=0.01$). On distingue ainsi deux groupes : les célibataires et les femmes mariées d'un côté, puis les femmes divorcées/séparées et veuves de l'autre.

Le diagramme en bâtons (Figure 7) montre la variation des médianes de score de détresse psychologique selon le statut d'exposition à la violence sexuelle et le statut matrimonial de la femme. Dans le groupe des femmes victimes de VSLC, les veuves ont la médiane de score de détresse psychologique la plus élevée. Elles sont suivies des femmes mariées, des femmes séparées/divorcées puis des femmes célibataires qui ont la médiane de score de détresse psychologique la plus faible. Par ailleurs, dans ce groupe, contrairement à ce qui est observé dans celui des femmes qui ont vécu la VSNLC, la médiane de score de détresse psychologique des femmes mariées est similaire à celle des séparées/divorcées.

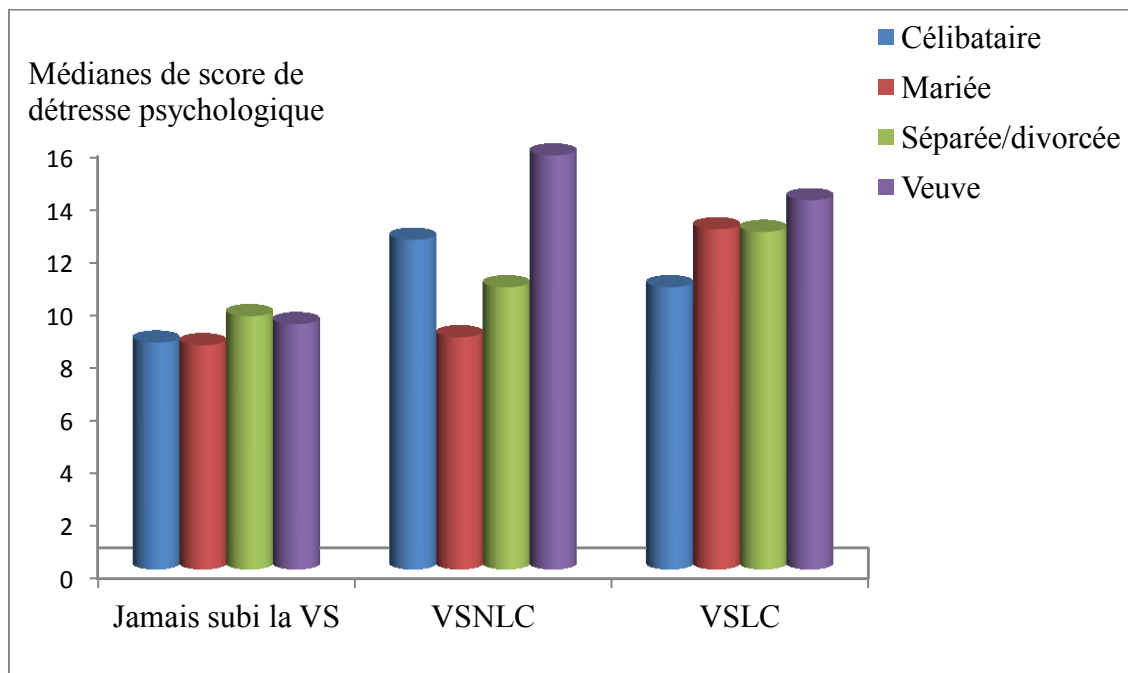


Figure 7 : Diagramme en bâtons décrivant la variation des médianes de score de détresse psychologique selon le statut d'exposition à la violence sexuelle et le statut matrimonial

En ce qui concerne la variable *sévérité des symptômes de PTSD*, aucun des termes d'interaction n'était significatif à un seuil de 5%.

5.3.2.2. Évaluation de l'effet modificateur de la santé mentale sur la relation entre la violence sexuelle et le désir de rapports sexuels ou le désir d'enfant

a. Rationnel

Cette analyse permet de répondre aux questions soulevées dans l'objectif 4 de la thèse. Il s'agit ici de déterminer si la *sévérité des symptômes de détresse psychologique* ou la *sévérité des symptômes de PTSD* modulait l'effet de la violence sexuelle sur le désir de rapports sexuels et le désir d'enfant.

b. Méthodes

Un modèle de régression logistique avec des termes d'interaction multiplicative a été utilisé pour évaluer l'effet modificateur de la santé mentale sur la relation entre la violence sexuelle et les variables de santé reproductive « désir de rapports sexuels » et « désir d'enfant ».

c. Résultats

Ni le score de *sévérité des symptômes de détresse psychologique*, ni le score de *sévérité des symptômes de PTSD* ne modifient la relation entre la violence sexuelle et le désir de rapports sexuels après ajustement pour les variables confondantes potentielles (âge, statut matrimonial, occupation professionnelle et parité). Les degrés de signification respectifs des termes d'interaction sont de 0.9 et 0.29.

Le score de *sévérité des symptômes de détresse psychologique* modifie la relation entre la violence sexuelle et le désir d'enfant mais après ajustement pour les variables confondantes potentielles (parité, niveau d'éducation, statut matrimonial et âge) le terme d'interaction multiplicative n'est plus significatif ($p=0.14$).

5.3.2.3. Association entre la violence sexuelle et la probabilité d'être un cas de TMC

a. Rationnel

Dans l'article 2, seuls les résultats sur les associations entre la violence sexuelle et la sévérité des symptômes de détresse psychologique et de PTSD ont été présentés. Dans cette sous-section, les résultats concernant les associations entre la violence sexuelle et la probabilité d'être un cas de TMC (objectif 2 de la thèse) sont présentés. Il s'agit de déterminer si l'exposition à la violence sexuelle augmente la probabilité d'être un cas de TMC et si la présence de troubles physiques de santé reproductive additionnels (ex : fistule, DPC) augmente la probabilité d'être un cas de TMC.

b. Méthodes

À partir du score SRQ, les participantes ont été classées dans l'une des deux catégories de la variable « cas probable de TMC » en se basant sur le point de césure 10/11. Les participantes ayant un score de SRQ de 11 ou plus sont considérées comme des cas probables de TMC. Le test du χ^2 et une analyse stratifiée ont ensuite été conduits pour répondre aux deux questions de recherche.

c. Résultats

Les données du tableau 8 démontrent que les femmes qui ont subi la violence sexuelle liée ou non au conflit sont plus à même d'être catégorisées comme souffrant d'un TMC, la VSLC étant

associée à la prévalence de TMC la plus élevée. Le fait de souffrir de fistule ou de DPC est également associé à une prévalence de TMC plus élevée.

Tableau VIII: Prévalence des troubles mentaux courants (TMC) selon l'expérience de violence sexuelle, la présence de fistule ou de DPC chez les femmes (n=320)

Variables indépendantes	Catégories	n	Prévalence de TMC selon les groupes	Statistique de test χ^2	p-value
Violence sexuelle	Jamais subi la VS	203	30%	44.48	< 0.0001
	VSNLC	50	48% ^a		
	VSLC	67	76.1% ^{b, c}		
Fistule	Non	293	39.6%	14.2	< 0.0001
	Oui	24	79.2%		
DPC	Non	262	38.2%	11.3	0.001
	Oui	54	62.9%		

VS : Violence sexuelle

VSNLC: Violence sexuelle non liée au conflit

VSLC : Violence sexuelle liée au conflit

^a Significativement différente de la prévalence de TMC dans le groupe des femmes qui n'ont jamais subi la violence sexuelle (p<0.05)

^b Significativement différente de la prévalence de TMC dans le groupe des femmes qui n'ont jamais subi la violence sexuelle (p<0.01)

^c Significativement différente de la prévalence de TMC dans le groupe des femmes qui ont subi la VSNLC (p<0.01)

L'analyse stratifiée (Tableau 9) permet de remarquer que la majorité, sinon la totalité des femmes qui ont vécu la violence sexuelle et qui ont également souffert de fistule ou de DPC ont plus de probabilité d'être dépistées comme un cas de TMC.

Tableau IX: Analyse stratifiée de la prévalence de TMC selon l'expérience de violence sexuelle et la présence de fistule ou de DPC (n=320)

Variables indépendantes	Catégories	Violence sexuelle			p-value
		Jamais subi la VS n/N (%)	VSNLC n/N (%)	VSLC n/N (%)	
Fistule	Non	58/195 (29.7%)	22/48 (45.8%)	36/50 (72%)	< 0.0001
	Oui	2/6 (33.3%)	2/2 (100%)	15/16 (93.8%)	0.006
DPC	Non	52/180 (28.9%)	18/40 (45%)	30/42 (71.4%)	< 0.0001
	Oui	8/21 (38.1%)	5/9 (55.6%)	21/24 (87.5%)	0.003

VS : Violence sexuelle

VSNLC: Violence sexuelle non liée au conflit

VSLC : Violence sexuelle liée au conflit

5.3.3. Récapitulatif de l'article 2 et des résultats complémentaires des objectifs 2 et 4

1. L'expérience de la VSLC est associée à une augmentation significative de la sévérité des symptômes de détresse psychologique, de la sévérité des symptômes de PTSD et de la prévalence de TMC. Quant à l'expérience de la VSNLC, elle est associée à une augmentation de la sévérité des symptômes de détresse psychologique et de la prévalence de TMC. Dans notre étude, l'expérience de VSNLC n'est donc pas associée à une augmentation de la sévérité des symptômes de PTSD.
2. Le fait de souffrir de fistule ou de DPC est associé à une augmentation de la sévérité des symptômes de détresse psychologique, la sévérité des symptômes de PTSD et la probabilité d'être un cas de TMC dans le groupe des femmes qui ont subi la VSLC. Parmi tous les groupes de femmes considérés, les femmes qui ont subi la VSLC et qui ont eu une fistule ou des DPC ont les scores de détresse psychologique et de symptômes de

PTSD les plus élevés. La détresse psychologique semble augmenter la force de l'association entre la violence sexuelle et la perte de désir d'enfant.

3. Le statut matrimonial modifie l'effet de la violence sexuelle sur la sévérité des symptômes de détresse psychologique. Ainsi, dans le groupe des femmes qui ont vécu des actes de VSLC, les femmes divorcées/séparées et les veuves ont, en moyenne, des symptômes de détresse psychologique plus sévères que les célibataires et mariées.

Dans cette étude, les fausses couches et les avortements induits ont été uniquement mesurés dans le groupe des femmes qui ont vécu la violence sexuelle dans leur parcours de vie qu'elle soit liée ou non aux conflits. Par ailleurs, le nombre de fausses couches (n=3) et d'avortements induits (n=1) déclarés était très faible. Pour ces raisons, les effets de la santé mentale sur ces deux issues de grossesse n'ont pu être évalués. Pour finir, le faible nombre de femmes qui ont déclaré avoir été répudié (n=11 dont 10 sont des victimes de violence sexuelle liée au conflit) ne permet pas d'évaluer l'effet de cette variable sur la santé mentale. Par ailleurs, la stigmatisation étant difficile à mesurer de manière quantitative dans ce contexte, son effet sur la santé mentale des femmes a été abordé dans le prochain article qui étudie les implications sociales de l'expérience de VSLC. L'impact des fistules sur le plan social (répudiation, stigmatisation) a été largement évalué et ce, dans des contextes similaires à ceux de la RDC. Cette thèse ne s'est donc pas attardée sur cette relation.

Dans le troisième article de la présente thèse, nous évaluons les conséquences de l'expérience de la VSLC au niveau social : la perception des victimes de leur vie au quotidien, les réactions de leur famille et entourage après l'agression sexuelle, la manière dont elles sont considérées dans

la société et les effets que ceci peut avoir sur elles. La relation entre les enfants issus de la violence sexuelle et leur mère, leur famille et leur entourage est également analysée.

5.4. Troisième article de la thèse

Titre : Conséquences sociales de l'expérience de la violence sexuelle liée au conflit: cas des survivantes de l'Est de la République Démocratique du Congo

Auteurs : Nissou Ines Dossa, Marie Hatem, Maria Victoria Zunzunegui, William Fraser

Ce manuscrit a été accepté pour publication par la revue *Peace and Conflict : Journal of Peace and Psychology* en avril 2014. Il est paru en septembre 2014.

Contribution de l'étudiante

La candidate a construit le guide d'entrevue qui a permis de recueillir les récits des participantes. Elle a également conduit les entrevues individuelles semi-dirigées. Pour finir, la candidate a effectué l'analyse de contenu qui a permis d'obtenir les résultats présentés dans cet article. Elle a également rédigé le manuscrit qui a été soumis.

Contribution des co-auteurs

Dr. Hatem a, de par ses commentaires et remarques, contribué à finaliser le guide d'entrevue. Elle a également contribué à l'élaboration de la stratégie d'analyse des récits des femmes, suggéré l'angle sous lequel les données devraient être analysées pour aboutir au modèle théorique induit et procuré des conseils tout au long de la rédaction. Dr. Zunzunegui a lu le manuscrit finalisé et fait plusieurs suggestions pour en bonifier le contenu. Dr. Fraser a lu le manuscrit finalisé.

5.4.1. Présentation de l'article

La revue de littérature permet de comprendre que la violence sexuelle est un phénomène de société dans la mesure où les normes socioculturelles et les lois vont encourager ou non l'utilisation de cette forme de violence dans la société et donc son ampleur. Les normes socioculturelles vont également conditionner les réactions de la communauté envers les victimes de violence sexuelle. Il n'est pas rare que les femmes qui ont été sexuellement agressées soient considérées comme responsables de leur agression surtout si la société est convaincue qu'elles ont créé les conditions pour que celle-ci soit perpétrée.

Dans le contexte d'un conflit armé plusieurs études ont évalué l'effet de la guerre ou des conflits en général sur les femmes. Par contre, aucune des études identifiées n'a évalué l'impact spécifique à la VSLC au niveau social.

Ce troisième article évalue les conséquences sociales de l'expérience de VSLC pour les victimes. Il évalue les perceptions des victimes de VSLC qui ont eu un enfant issu d'un acte de violence sexuelle concernant leur vie quotidienne et les difficultés qu'elles rencontrent. La perception du fait qu'elles ont subi un acte de VSLC par leur communauté/entourage ainsi que la réaction de ceux-ci à leur égard après l'agression ont également été étudiées. La manière dont la victime de VSLC est considérée dans la société et les conséquences de ces attitudes ont également fait l'objet d'analyse. L'étude des conséquences sociales de l'expérience de VSLC a également permis d'expliquer comment celle-ci pourrait influencer la santé mentale de manière indirecte. Une analyse phénoménologique avec utilisation de la méthode de théorisation ancrée a permis de répondre à l'ensemble des préoccupations.

**SOCIAL CONSEQUENCES OF CONFLICT-RELATED RAPE: THE CASE OF
SURVIVORS IN THE EASTERN DEMOCRATIC REPUBLIC OF CONGO**

Short version of title: Social consequences of conflict-related rape in DRC

Nissou Ines Dossa¹, Marie Hatem¹, Maria Victoria Zunzunegui^{1,2}, William Fraser³

¹Department of social and preventive medicine, University of Montreal's School of Public
Health

²University of Montreal's Hospital Research Center (CRCHUM)

³Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, University of Montreal

Correspondence concerning this article should be addressed to: Nissou Ines Dossa, Département
de Médecine Sociale et Préventive, École de Santé Publique de l'Université de Montréal,
Pavillon du Parc, C.P 6128, succursale Centre-ville Montréal, QC, H3C 3J7.

ABSTRACT

The past century has seen many armed conflicts during which hundreds of thousands cases of sexual violence have been reported. However, research on the social consequences of this kind of mass violence and on the factors underlying them is scarce. Moreover, little information is available on how victims perceive their children born from rape, in a context where abortion is illegal and adoption is rare.

This study, conducted in the city of Goma (North Kivu, Democratic Republic of Congo–DRC), explores the perceptions women survivors of conflict-related rape have of their daily lives, the cultural factors that influence their perceptions, and their relationships with their rape-conceived children. Adopting a phenomenological approach, we explore what it is like to live as a survivor of conflict-related sexual violence and as the mother of a rape-conceived child. Then, using a grounded theory approach, we build a theoretical framework for understanding how cultural norms and values contribute to the adverse social consequences of experiencing conflict-related sexual violence. Finally, we assess survivors' rehabilitation needs and suggest interventions for organizations interested in providing holistic support to women who have experienced conflict-related sexual violence.

Keywords: armed conflict, rape, sexual violence, social consequences, cultural norms, DRC.

INTRODUCTION

While sexual violence in the context of armed conflicts is a longstanding phenomenon, it was recognized as a crime only in the 1990s (Baaz and Stern 2009). It was widely perpetrated during the 1915 Armenian genocide, the conflicts in Bosnia and Herzegovina, the Japanese assault in the Chinese civil war, the Cold War, the Korean war, the Vietnamese war, conflicts in Central and Latin America, as well as conflicts in several African countries (Angola, Djibouti, Liberia, Mozambique, Sierra Leone, Somalia, Sudan, Rwanda and the Democratic Republic of Congo–DRC). However, the massive number of cases of sexual violence committed since the beginning of the DRC armed conflict has raised alarms in public opinion, and among advocacy groups, concerned governments, and policymakers. According to Human Rights Watch, more than 200,000 girls and women have been raped in that country since the beginning of the conflict, most of them in the two eastern provinces (Kippenberg 2002). Sexual violence committed during armed conflicts can take several forms. In this article, the terms ‘sexual violence committed during armed conflicts’ or ‘conflict-related sexual violence’ refer to acts of forced penetration of either a male or a female (rape with or without the use of foreign objects) but also the practice of forced impregnation and sexual slavery perpetrated by combatants in regular armies or militias. According to (Baaz and Stern 2009), *“Historically, this form of violence has been viewed as an individual act of violence, the spoils of war, or as an expected, and even inevitable, aspect of warring, with a connotation of revenge and triumph for the winning side and a symbolic message of dominance to conquered men and women ”* (p 498). In many cultures, women are viewed as symbols of men’s wealth (Diken and Laustsen 2005) and as representatives of caste, ethnic, or national identity. Therefore, attacking women is considered the best way to devastate them, their families, and their communities, as well as future generations. Other researchers have investigated the effect of the spiral of violence during wartime on the perpetration of sexual

violence, with the argument that those who feel humiliated, mistreated, and victimized in this context are more prone to enact violence (Baaz and Stern 2009). Those two positions are supported by the notion that men's heterosexuality is a driving force unleashed by the context of warring which can encourage mass sexual violence (Baaz and Stern 2009). However, such a notion clearly tends to minimize the responsibility of the perpetrators and present them as victims of a situation in which they cannot control themselves. Stark et al. have argued that sexual violence is also used as a strategic and systematic tactic during wartime (Stark and Wessells 2012). According to the United Nations Children's Fund (UNICEF), rape is used as tactic of war because it is identified by psychologists as the most intrusive of traumatic events. In the same way, forced impregnation committed systematically in wartime is intended "to persuade and prepare victims to hate and eventually destroy their own children" (Erjavec and Volčič 2010).

A recent paper has challenged the earlier view of sexual violence as a logical consequence or by-product of war (Wood 2009). In her article, Wood investigated an unusual pattern, the relative absence of wartime sexual violence by one or more armed groups in certain contexts. She concluded that this form of violence is not used in armed combat in one or more of the following circumstances: when the leaders of the armed group consider sexual violence as counterproductive and the hierarchy is strong enough to impose that view; when the long-term goal of the rebellion is to take over; when the members of the armed group are abiding by international law; or when individuals' standards and practices are similar to those promoted by the group. It appears that the perpetration of sexual violence in wartime is not a given, but rather a result of other factors, including beliefs. Like Wood, most authors who address militarized rape tend to unlink it from biological sex drives and reframe it as an aggression that builds upon the

sexist discourses existing in each society; in fact, in the context of the DRC conflict, one study tended to support the idea that sexual violence is not a by-product of war (Baaz and Stern 2009). Baaz and Stern investigated the reasons why soldiers of the Forces Armées de la République Démocratique du Congo (FARDC, the regular army, which, at the time of the study, also enrolled ex-militia members) committed acts of rape (Baaz and Stern 2009). The soldiers made a clear distinction between two types of rape, which the researchers identified as lust/normal rape and evil rapes. The first was a result of sexual urges; being a soldier in the FARDC provided the context in which, instead of engaging in socially acceptable sexual behavior, they were compelled to resort to rape to satisfy those urges. The second type of rape was termed evil because of the brutality and negative intentions motivating it. Those rapes were mainly described as the result of frustrations and anger generated by the contexts of poverty and neglect within which the soldiers lived and worked. Those testimonies suggest that wartime rape cannot be considered to be only a by-product of war, as this form of violence can be encouraged by several elements, including poverty and other living conditions, perceptions of masculinity and femininity, etc. For logistical reasons, this study focused on sexual violence perpetrated against women during armed conflicts, even though both men and women can experience such an event. Even if men experience conflict-related sexual violence, most do not report it, and we were unable to access men who had experienced such an event.

It has been demonstrated that experiencing conflict-related sexual violence has adverse effects on women's mental and physical health. Previous studies, including ours, found that in women, this form of violence is associated with a higher prevalence of common mental disorders (depression, anxiety-related disorders, somatoform disorders, other neurotic disorders), severe symptoms of post-traumatic stress, severe symptoms of psychological distress, major depressive disorder,

social dysfunction, concentration difficulties, and generalized anxiety disorder (Johnson, Asher et al. 2008, Johnson, Scott et al. 2010, Lueger-Schuster, Gluck et al. 2012, Dossa, Zunzunegui et al. 2014). Physical and other health consequences of experiencing sexual violence include: wounds, such as genital mutilation (Longombe, Claude et al. 2008); gynecological problems, such as fistulas or chronic pelvic pain (Longombe, Claude et al. 2008, Mukwege and Nangini 2009, Dossa, Zunzunegui et al. 2014); and sexually transmitted infections, such as HIV (Kim, Malele et al. 2009). In this article, we focus on the social consequences of experiencing conflict-related sexual violence with the aim of identifying elements that should be considered in developing a comprehensive public health approach. Besides the studies described earlier, our literature review identified studies aimed at understanding sexual violence during wartime (Diken and Laustsen 2005, Milillo 2006, Snyder, Gabbard et al. 2006, Buss 2009, Leiby 2009), understanding the effects of war on women, but not specifically sexual violence in wartime (Sideris 2003, Hynes 2004), or investigating the proportion of victims rejected by their families (Steiner, Benner et al. 2009). We found no rigorous study that investigated how survivors of conflict-related sexual violence perceive the sexual violence they suffered and their current daily lives. Moreover, no study based on victims' experiences has investigated the determinants of the adverse social consequences of experiencing conflict-related sexual violence.

The aims of our research were: 1) to describe the daily lives of survivors of conflict-related sexual violence as women and mothers, how they perceive and take care of their child born from rape, and their needs; 2) to investigate whether and how social norms contribute to the adverse social consequences of conflict-related sexual violence; and 3) to guide interventions that will minimize the negative impact of conflict-related sexual violence on victims and their communities and help in their rehabilitation. Meeting those objectives requires gaining a better

understanding of how the various actors' actions are shaped and constrained by the system of power relations, and how their behavior influences, reproduces, or reinforces that system when it comes to the issue of conflict-related sexual violence and its social impacts. We therefore based our analytical framework on the social constructivist approach.

The article is structured in four parts. First, we present the analytical framework used to analyze the participants' stories. Then, in the methods section we present the study context, the characteristics of the participants, and other details that will enable the reader put our results into context. Next, we present and discuss our results. Finally, we propose some strategies for the design of more holistic interventions in the DRC and culturally similar areas affected by armed conflicts.

ANALYTICAL FRAMEWORK

According to Leatherman, three theoretical approaches can be used in the study of sexual violence in armed conflicts: essentialism, structuralism and social constructivism (Leatherman 2011). Each approach makes several key assumptions about gender relations in society, especially in terms of power, leading to different insights for studying conflict-related sexual violence and its impacts.

We chose the social constructivist approach because we support the idea that conflict-related sexual violence has devastating social consequences on women, their families, and communities and that those consequences are the results of norms, rules, beliefs, ideas, and values that blame the victims rather than the perpetrators of sexual violence. We propose two ways to explain how

those norms, values, and beliefs are responsible for the issues faced by survivors of conflict-related sexual violence.

First, in societies and communities where sexuality is a taboo subject, victims of sexual violence are silenced. Unfortunately, this silence also strengthens the social and cultural power structures of patriarchy, which is a hierarchical social order centered on dominant or hegemonic forms of masculinity. Hegemonic masculinity is a male-centered order that gives men, rather than women, primary access to power and privilege and provides cultural codes on adultery that fail to differentiate it from rape (Leatherman 2011). Therefore, both rape and any child born from it are perceived as a transgression of cultural codes and a failure on the part of the woman to comply with her obligations and responsibilities (Milillo 2006), which include reproducing only with her husband, looking after the household and children, and being faithful. This situation can also influence the victim's own perception of the child born from rape, as the infant's existence is partially responsible for the way she is considered by her immediate social environment. Hegemonic masculinity also encourages the notion of the superiority of men and reinforces the idea that the wife belongs to the husband and that he is her sole protector, both domestically (shelter, food, etc.) and against harm from other men or groups (Milillo 2006). From this standpoint, a husband's failure to protect his wife is perceived as a humiliation, and blaming the woman becomes the best way for a man to recover his dignity.

Second, societies' pre-existing socioeconomic and culturally shaped gender relationships will influence combatants' decisions to perpetrate sexual violence in times of conflict (Leatherman 2011). In fact, the perception of women as second-class citizens and the magnitude of gender inequality in a society are two predisposing conditions which can influence both the decision to

perpetrate sexual violence in wartime and the way in which women who have survived such violence are subsequently regarded.

METHODS

The DRC context

The DRC, located in Central Africa, is one of the largest, richest, and most populated countries of the continent, with an estimated 66 million inhabitants (according to the World Health Organization). Since 1996, the DRC has been experiencing a multi-country conflict sometimes referred to as ‘Africa’s first world war’. This conflict has led to an estimated 3.9 million deaths and 2.2 million internally displaced persons (Coghlan, Ngoy et al. 2009, Kim, Malele et al. 2009). Since 1998, the two eastern provinces of North and South Kivu have been partially under the control of several rebel forces (Interhamwe, Forces démocratiques pour la liberation du Rwanda, the National Congress for the Defense of the People, the Mai-Mai, and more recently the M23) fighting the FARDC. Combatants from the FARDC and the rebel forces are reported to have been responsible for hundreds of thousands of acts of sexual violence since the beginning of the conflict (Kippenberg 2002). Those groups also often commit atrocities such as kidnapping, gang-rape, murder, and enslavement of women for sex or labor.

Goma, where this study was conducted, is the capital of North Kivu, with an estimated population of around 400 000. It is located on the DRC’s border with Rwanda. More than 15 years of violent conflict in nearby regions have resulted in massive displacement of the population toward the city. This growth has been accompanied by the development of extensive cross-border trade networks (Vlassenroot and Büscher 2009). From a small town of marginal importance in 1996, it has developed into a regional multi-ethnic, military, and economic center

(Büscher and Vlassenroot 2010) and a base of operations for the United Nations Organization Stabilization Mission in the DRC. Following the inter-ethnic violence in the Masisi and Walikale territories of North Kivu, which displaced substantial numbers of rural inhabitants toward the city in 1993, the first international humanitarian aid agencies arrived in Goma (Vlassenroot and Büscher 2009). The number of humanitarian aid agencies rose drastically after the influx of hundreds of thousands of Rwandan refugees in 1994 and the beginning of the Congolese conflict in 1996 (Büscher and Vlassenroot 2010). We selected Goma because of its relatively peaceful environment, even though the city is not far from areas (e.g. Rutshuru, Masisi, Walikale, etc.) where government militaries were still fighting rebel forces at the time data collection was planned.

While the number of victims of sexual violence during armed conflicts in the eastern provinces is unknown, some statistics have indicated that 16 000 cases of rape were recorded in South Kivu alone in 2008 (Kivlahan and Ewigman 2010). Also in South Kivu, between 2005 and 2007, another humanitarian aid organization provided healthcare to 20 517 women who had experienced conflict-related sexual violence (Steiner, Benner et al. 2009, Peterman, Palermo et al. 2011).

Study design

Our main objective covers two aspects that required two complementary approaches. First, we used a psychological phenomenology approach to explore the meaning of the act of sexual violence for the women who experienced it and what it is like to live as a survivor of conflict-related sexual violence that resulted in having a child born from rape. Then, using a grounded theory approach, we constructed a conceptual analytical framework to understand how societal

norms, values, and beliefs contribute to the adverse social consequences of experiencing conflict-related sexual violence, a situation that affects survivors' mental health.

Participants

The sample¹² of women who had experienced sexual violence during armed conflict was recruited with the help of a local NGO, the Alpha Ujuvi Collective, which is primarily involved in literacy promotion. It also provides support to communities and thereby offered access to potential participants. The Alpha Ujuvi Collective aims to empower women by teaching them literacy in Swahili and also works to prevent recourse to violence by resolving land ownership disputes between neighbors in peaceful conflict-resolution meetings. To recruit participants, we contacted the leaders of the literacy sessions and peaceful conflict-resolution meetings.

Women of reproductive age (15 to 45 years) living in the surrounding neighborhoods were invited to participate voluntarily. Among those interested in participating in the main survey (Dossa, Zunzunegui et al. 2014, Dossa, Zunzunegui et al. 2014), 13 women raped during the armed conflict were invited to participate in this part of the study, of whom 12 completed the interview. Given our study's objectives, we chose a purposive sampling method, which allowed us to document in depth every aspect of interest. The study sample was constituted of women survivors of conflict-related rape perpetrated by one or several men (militia men, armed men, or FARDC personnel) who became pregnant after the assault and gave birth to an infant. Some of the women had been kidnapped and sequestered for up to two months.

¹² Participants were chosen from among the sample of 66 women who volunteered to participate in our global study which investigated the effects of conflict-related sexual violence on reproductive and mental health (results published elsewhere).

Ethical approval

Ethical authorization was provided by the Health Research Ethics Committee of the University of Montreal, which assesses research involving human subjects. Data collection began only after the approval was granted. Given the vulnerability of the targeted population, several precautions were taken. To avoid stigmatization of participants, the general recruitment message did not indicate an interest in women who had experienced sexual violence. Every participant gave informed consent before the beginning of the interview. To ensure confidentiality, individual interviews were conducted in a closed room provided by the Alpha Ujuvi Collective and data were kept anonymous throughout the study. Participants were also offered psychosocial assistance when they expressed a need during the interviews. Social assistants working for the Alpha Ujuvi Collective were in charge of providing such assistance.

Data collection and procedures

A message concerning the study was sent to the leaders of the conflict resolution meetings and of the literacy sessions. We informed them about the general purpose of the study and asked them to spread the word among women of reproductive age living in their neighborhoods. Women interested in participating were invited to join the research team at an agreed-upon location. Upon completion of the questionnaire designed for the first part of the study (full questionnaire included in first author's thesis), eligible women were invited to participate in this second part of the study. Once they gave their consent, we set up an appointment for the meeting. To minimize information bias, two local interviewers fluent in French and Swahili were recruited and trained. They were tasked with translating the questions into Swahili and the answers from Swahili into French.

Data were collected between July and August 2012 through semi-structured face-to-face interviews. The semi-structured interview approach was chosen for the epistemological, ethical/political, and methodological reasons cited by Poupart (Poupart 1997). Epistemologically, this data collection method is necessary for in-depth exploration of actors' perceptions, which is considered essential for understanding social behaviors. With this method, we are able to examine comprehensively all aspects—whether ethical, social, political, economic, or others—of the issues associated with the phenomenon under study. Lastly, from a methodological standpoint, interviews are one of the best information-gathering tools for uncovering social realities and gaining privileged access to the actors' experiences.

The semi-structured interviews were led by the primary author. They lasted between 30 and 45 minutes and were all recorded with the participants' consent. The recorded interviews were transcribed verbatim by the primary author. Recordings and transcripts were all anonymous and kept on a secured device to guarantee confidentiality. Women were asked for information about their socio-demographic characteristics and answered 18 questions to document their perceptions of sexual violence and of all the social consequences of being a victim of conflict-related sexual violence.

Data analysis

The transcripts were imported into QDA Miner, software designed for qualitative data analysis. Data analysis was driven by Moustakas' phenomenological analysis approach, as described by Creswell (Creswell 2007), and by the grounded theory model created by Glaser and Strauss in 1967, an analytical approach for constructing empirical theories based on social phenomena that have not undergone much analysis (Laperrière 1997). The 12 interviews were coded in QDA

Miner using an open coding format, which allowed for the emergence of the largest number of concepts and categories possible to describe each of the participants' statements (Laperrière 1997). Once the coding was completed, significant statements and themes were used to describe the participants' perceptions of the sexual violence they experienced and of what it was like to live as a survivor and as the mother of a child born from rape. We used the themes induced from the open coding process to build a theory based on their co-occurrence (Jaccard's coefficient). This theory explains the process through which societal norms and values cause the adverse social consequences associated with the experience of conflict-related rape.

Born and raised in Africa, and having visited and worked in several African countries in the West and Central regions, the first author is well positioned to put the results in perspective and draw several conclusions on the implications of sexual violence in the DRC based on the interviewees' stories. Moreover, two months spent in the DRC for field work along with subsequent professional visits in 2013–2014 also allowed her to gain in-depth understanding of the cultural norms and their implications.

RESULTS

In our analysis, three groups of themes emerged, among which there were a variety of interactions. In this section, we first assess women's perceptions of their lives as survivors of sexual violence and mothers of children born from rape, considered as our central phenomenon. We then identify the personal, cultural, and psychological factors influencing those perceptions. Lastly, we present the consequences of those perceptions on women's social behaviors, along with the factors that can attenuate or aggravate those consequences.

Figure 1 presents the grounded theory model, which explains the process through which societal norms, values, and beliefs contribute to the adverse social consequences of having experienced conflict-related sexual violence. The outermost circle in the figure represents the cultural norms and beliefs of the society investigated. These influence the survivors' own perceptions of the act of rape as well as the immediate and long-term reactions of their social environment (extended family and community), an aspect represented by the dotted circle. Those three aspects also influence the way victims perceive themselves and their rape-conceived children, how they are considered in the society, and the amount and type of social and financial help provided. Lastly, all the previous aspects together determine women's perceptions of their lives and the other social consequences investigated in this study.

Perception of life as a rape survivor and as a mother of a child born from rape

All the participating women described their daily lives as oppressive, difficult, made up of worries and sorrows, or worthless. Some of them reported still having nightmares even years after the assault, in which they re-experience the whole act of sexual violence and the health issues that have plagued them since their assault. One woman (WMN 3) conveyed this impact clearly while answering the question about her life since she was raped:

Up to now, this has caused me a lot of worry and heartache. If I learn someone else has been raped, I feel as if I'm the one reliving the event. Since the event, my body is very weak and I have heart palpitations. I feel that I no longer have my whole personality. When I walk by, girls in the neighborhood point their finger at me and say, 'that one has been raped,' and it makes me suffer even more.

WMN 8, raped twice in her life—first as an adolescent and then again as an adult—also declared:

I understood that I'm unlucky, just as my husband says, and others, too. I ended up convinced that I was really unlucky because I'm the only one who is always raped. The first rape is the one I really want to emphasize, because it is since then that my life has been destroyed. But I try to keep working so my family can survive.

The perceptions about their lives were analyzed according to three characteristics of participants. First, women who were separated from their husbands tended more often to report life as oppressive, difficult, and worthless or full of worries (average frequency of reporting = 3, versus 2 for participants with the other matrimonial status). We then compared perceptions about their lives according to the age at which the rape occurred (adolescent/adult). Women who were raped during adolescence more often reported troubles in their daily lives (average frequency of reporting = 3, versus 2 for those raped as adults). Finally, we analyzed the perceptions of their lives according to whether the women had other children besides the one born from their rape. Women whose only child was born from rape also more often perceived life as difficult (average frequency of reporting = 3, versus 2 for those who had other children).

Factors influencing perception of life as a survivor of rape and as a mother of a child born from rape

Six kinds of causal conditions emerged from the data, all related to the society's cultural norms, values, and beliefs. The first condition affecting survivors' daily lives was the perception of the act of rape by their family and community. Seven of the survivors indicated that it was hard for their family to accept what happened, not because they empathized with the survivor's pain, but rather because such things dishonored the family. A glaring example was given by one participant:

When my older brother learned I had been raped, his first reaction was to throw me out of the house because I had shamed them. My brother said the family had done everything to raise me properly, and now I had paid them back by letting myself be raped. For the family, it was as if what had happened was my fault. WMN 2

Not accepting the act because of the shame the survivor brought on the family is immediately associated with blaming the woman for the rape and secondary victimization, especially by the husband. Over the long term, this is associated with rejection and constant humiliation of the woman by the immediate family. As a result, according to all the participants, the community in general, including the family, is neither accepting nor respectful of women who have experienced conflict-related rape. One of the participants described the situation very clearly:

I'm the eldest girl in my family, but I'm regarded as nothing at all. I'm always the most neglected and badly treated person in the family because of the situation I experienced. I'm told, 'go away, you're the wife of the Interhamwe.' My family no longer has any respect or consideration for me. WMN 1

This situation affects the survivor's life, especially because it is associated with a lack of compassion and psychological support from family members, an aspect of crucial importance in African societies. Out of the seven (7) women married at the time they were raped, six (6) were repudiated by their husbands. Of the six (6) women repudiated, five (5) were taken back. However, four (4) of those five said that after their husband took them back they were constantly insulted and humiliated, and one was beaten. Five survivors reported that some family members understood they were not responsible for their rape, even though it was hard for them to accept the situation because of all of the pain and suffering the woman went through when it happened and going forward. Those women were reinstated and given some consideration by their families, even if their community continued to stigmatize them. Three (3) of the women initially

rejected by their own family were finally reinstated after the Alpha Ujuvi Collective's interventions through mediation.

Another factor influencing the survivors' perceptions of their daily life relates to how women are regarded in their society. Ten (10) participants indicated that, in their community, women are regarded as mothers whose role is to take care of their husbands and children, while one (1) participant indicated that women and men are equal. Three (3) participants indicated that a woman must be exemplary, behave properly in society, and be on good terms with members of her community, and that she should not be quarrelsome, aggressive or vengeful, or bring conflict into the family. As reported by all participants, women who have been raped no longer meet those conditions, a situation that can make them feel less valuable. Two of the participants spoke along these lines:

WMN 12: Women victims of rape are not regarded in the same way because they're labelled as having a bad reputation. We already have a different status compared to those who have never experienced the problem of rape.

WMN 3: The woman rape victim is ruined. People give her another label. Her name becomes 'raped woman', 'Interhamwe's woman' [Interhamwe being one of the rebel groups implicated in the conflict].

The third factor influencing how rape survivors perceive their daily lives is their perception of the rape they experienced. The perception of rape is itself influenced by how women are regarded in their society. In fact, difficulties in accepting what happened and the labeling of rape as something destructive, bad, terrible, and horrible correlated closely with how women are regarded in society as mothers, inferior to men and bound by rules of proper behavior. For

example, when talking about what she thought of the rape she experienced, a participant reported:

It makes me really sick at heart because this act has destroyed my life. I was in grade school when I was raped, and to this day I have not been able to continue studying. So this act has destroyed my life, and if I am unhappy today, it is because of what I experienced. WMN 11

In other words, a raped woman is no longer capable of pursuing her dreams because of how she is regarded in her community. Some even have to leave everything behind and relocate to avoid the community's criticism and gossip. Those women face more challenges because they have to start their lives over with many health issues and without any resources or assistance.

According to the participants' stories, the negative perception of the pregnancy and of the child born from rape also influenced their perceptions of their daily lives. All the survivors rejected the pregnancy, felt nothing for the baby, or perceived it as an additional punishment to the rape. The mothers' negative perceptions of their child (which correlated with the perception of the rape they experienced) co-occurred with their negative perceptions of their life as a survivor. Most often, they had mixed feelings about the child born from rape, as described by WMN 6:

The child is here with me.... I'm here with him, but when he throws tantrums I get angry, and I get really angry, because it makes me relive the whole situation I experienced. I try to treat him like the other children. Even when I'm mad at him, I can't express it and show that it's because of what I experienced that I'm upset. I can punish him, but I can't say a word in front of him to show that it's because of the rape that I experienced that I react like that, no, no. He can remind me of the rape, but I try to treat him like the others.

The relationship between the survivors' husbands (for those who were still married) and the child born from rape also affected the women's daily lives. Negative perceptions of their life co-occurred with their husbands' difficulties in accepting the child, who was treated differently from the others or stigmatized. An eloquent example of what this situation can cause was reported by WMN 4:

My husband's children go to school, but it didn't work for the other one. My husband didn't treat him like he did his own children. If the child made mistakes in the house, he would tell him to go join his father in the forest. If my husband had treated him like the other children, I wouldn't have sent him somewhere else; he could have stayed with me. He would buy clothes only for the two children he had with me; what other impression can this give me?

Consequences on survivors' quality of life and mental health

Survivors' perceptions of what they went through in their daily lives led to consequences that affected not only their quality of life, but also their rehabilitation and mental health. Most of the survivors (n = 8) reported that they constantly isolated themselves to avoid insults and problems.

In this regard, WMN 3 said:

The solution I adopted was to keep to myself. For example, if my co-workers say something to me, and if I react, we might get into a fight, but then one of them could go and say to the military: 'Look, this woman was a woman of Interhamwe rebels!'" Then they could come and arrest me on the pretext that I'm harboring Interhamwe rebels in my house. To avoid all this, you need to isolate yourself.

Four participants reported that humiliation and lack of consideration also caused them to continuously relive the traumatic experience of rape. As one participant related:

I might hear people talking and I might think about the event again, but I try to ignore it and to go on with my life. Even though my first instinct is to act as if I don't care, those reactions still hurt me. WMN 6

Three survivors said they got so angry that they wanted to lash back when they heard gossip and mean things said about them. For example, WMN 4 said:

I didn't want that to happen to me. But if I find out someone is making fun of me or ignoring me because I was raped, then if I have the opportunity, I can also hurt that person, because I didn't choose to be raped.

Survivors' everyday lives make them feel like they no longer deserve to live because they've been raped. This feeling is associated with lack of motivation in daily activities and suicidal ideas. Most of the suicidal ideas were exacerbated by the pregnancy resulting from the rape, a pregnancy imposed on them against their will. WMN 7 said:

The lack of consideration makes you feel like you don't deserve to remain in this world. You don't have the right to live because everyone is laughing at you, everyone ignores you.

Two survivors attempted suicide, and two of them reported knowing a woman who was raped and committed suicide.

Lastly, two of the participants reported that their perceptions of their lives encouraged them to remain silent about the rape they experienced, and one participant said she had no intention of having other children. WMN 3 clearly stated:

It's a secret for us. If you approach us, we'll talk to you and you'll discover the problem we're living with. But if you don't come to us, it's not easy for us to stand

up, like that, in front of a lot of people, or the assembly, and start saying, 'I was raped.' It's not easy.

Social support offered by family members, and especially psychosocial assistance offered by the Alpha Ujuvi Collective, lessened the impacts of the mistreatment directed at women who experienced conflict-related rape. In fact, eight (8) participants who had received psychosocial assistance said it helped in restoring their pleasure in life and in their reinstatement into the community. The psychosocial assistance consisted of meeting with a group of women who had also been raped. Individual sessions could also be provided, and mediation between victims and their family or husband was also offered for those who consented to such assistance (helped in reinstating all women who benefited from it). Those who had received literacy lessons and financial assistance to develop a small income-generating activity reported that those interventions had empowered them in many ways. For some, it helped them to be smarter and more proactive in society, and for others, it gave them an occupation again that helped satisfy their daily needs and kept their minds busy. The participants who had received financial assistance used the money to launch a small business. Some bought and resold goods, while others used this money to get into farming. For example, WMN 7 said:

The little bit of money I received really strengthened my activities. Because of that, when I come home in the evening with a measure of flour, my husband will no longer see me as useless. When I'm with the other women who have also been raped, I also feel stronger.

WMN 6 also clearly stated the benefit of such assistance:

Without the assistance I received, I could not have easily overcome this problem that I experienced. First, the psychosocial support helped me clear my mind and gave me the strength to live again. When I go into the city during the day and manage to come

home with at least a measure of flour, I feel I have earned at least a little respect from my family and I will have less to worry about. If I don't have enough for my children, my worries will increase.

Interventions for rehabilitation

To complete our analysis, survivors were asked to share what kinds of interventions they had found essential in recovering fully from their trauma. Five types of interventions emerged from the data.

Most of the participants (n = 10) considered financial assistance to be important for launching or reinforcing their income-generating activities and, in four cases, helping to provide a formal education for the child born from rape. All participants reported that they would be less worried if they had a good source of income that would help satisfy their own and their family's daily needs.

Eight (8) participants also wished to continue receiving the psychosocial assistance that helped them accept what had happened and deal with the consequences. According to them, this intervention was essential because it offered them the opportunity to share their experiences of rape and their daily troubles with other women who had gone through the same experience, thereby reinforcing the idea that they were not alone.

Half of the survivors were still in need of medical assistance for persistent and chronic health conditions resulting from the assault. Some needed assistance for physical wounds,

others for gynecological problems (womb or fistula issues) or HIV infections they developed after being raped.

Two survivors who had to leave their villages due to the constant humiliation said they would like to be assisted and to have a decent home for themselves and their children. In Goma, it is hard to buy land and build a house. Rents are also usually high for women without a good source of income who are also responsible for children.

Finally, one survivor indicated a need for an awareness campaign that would promote and encourage the acceptance of children born from a conflict-related rape, who are most often stigmatized and unfairly treated:

When my child born from rape is stigmatized, he's also traumatized, and this also affects me one way or another. So, the problem remains, how to help children born from rape to be accepted by other children and the rest of society? WMN 7

DISCUSSION

In this article, we have investigated the social consequences of experiencing conflict-related sexual violence. Even though some aspects have already been described in some reports, this study is different in several ways. First, it assesses them from the victims' perspectives. Second, it explores how cultural norms and beliefs contribute to the situation those women are facing, a link that has not previously been explored. We also propose a theoretical model that explains how cultural norms and beliefs encourage the rejection of women who have experienced conflict-related rape and cause them to perceive their daily lives as difficult or oppressive. This contributes to their isolation and limits their chances of rehabilitation. In fact, the way these

women are considered in their family and community undoubtedly influences their mental health. In a previous study, women survivors of rape reported that negative social reactions (e.g. blaming) hinder recovery (Campbell, Ahrens et al. 2001). As such, the community itself unconsciously contributes to the adverse consequences of conflict-related sexual violence.

As in numerous countries, sexuality is a cultural taboo in the DRC. This was clearly seen in the stories of our participants, who said they had to keep their rape experience a secret to avoid being ostracized and rejected. Because women who have been raped are automatically tagged as ‘bad’, ‘less valuable’, etc., keeping silent is the only option for survival. The necessity for survivors of the DRC conflict-related rape to hide their experience to avoid stigma has been previously reported (Kippenberg 2002). Furthermore, as confirmed by the participants’ stories, no difference is made between adultery and rape in their communities. Thus, most husbands consider their wives unfaithful when they’ve been raped and accuse them of sharing with strangers something that rightfully belongs only to the husband, which is unacceptable and unforgivable. Such results have been reported in three different studies in which male subjects blamed the victim to a greater extent than did female subjects (Calhoun, Selby et al. 1976, Bell, Kuriloff et al. 1994, Nagel, Matsuo et al. 2005). The failure to differentiate rape from adultery was also seen in the Babylonian Code of Hammurabi, such that raped women were stigmatized to the same extent as those having committed adultery (Milillo 2006). Hence, intentionally raping women becomes a major goal and an effective tactic of destruction (Milillo 2006), especially when the consequences and reactions are predictable based on the cultural norms. Astonishingly, even men who ran away while their wives were assaulted and failed to protect them (as stipulated in a patriarchal society) share these views. This reinforces the idea that men who fail as protectors are ashamed and resort to blaming their wives for being unfaithful, rather than raped, as a way of recovering their dignity. On the relatives’ side, in-laws accuse the women

of being unfaithful, and families are usually unhappy because of the shame that the tag ‘unfaithful’ brings on them. These reactions have also been previously reported in the literature (Milillo 2006).

In our study, a few participants reported that significant others supported them and blamed the aggressors for what happened. However, most victims were considered responsible for their rape, on the pretext that they should have avoided being in a situation that could expose them. These attitudes were also seen in a Spanish study that assessed social perceptions and reactions to rape; in that study, participants attributed more responsibility to the woman and less to the assailant for an acquaintance rape—being assaulted when going home drunk accompanied by a man the woman does not know (Frese, Moya et al. 2004). In that particular situation, the common perception is that the woman created all the necessary conditions for rape to occur. We concur with Muganyizi et al., who see those reactions and judgments as being directly related to social and cultural norms (Muganyizi, Hogan et al. 2009). In a society where women are supposed to be exemplary, follow the rules, and be careful not to place themselves in situations of exposure, they will always be blamed for such aggressions. As long as those norms persist, it is highly probable that most people will keep blaming victims for their rape and that survivors will be stigmatized and rejected. Since rejected women, along with their children, find themselves on society’s margins, the entire society (those who stigmatize as well as those who lack the courage to stop the negative attitudes) contributes to the adverse social consequences of conflict-related rape.

According to previous studies, culturally shaped gender relationships also influence the practice of sexual violence in periods of conflict (Milillo 2006, Leatherman 2011). In the DRC, women

are considered second-class citizens, and a set of laws and social norms define their role as subordinate to men, even if they are often a major source of support for the family (Kippenberg 2002). This was confirmed by most of our participants. According to them, women are not considered men's equals in their communities, and there are rules they must follow to be considered good women. According to those rules, when a woman 'lets herself get raped', she no longer fulfills the criteria for being a good woman. The situation is exacerbated by pregnancy, as she is seen as bearing the child of a rebel or an enemy.

Like their mothers, most children born from rape are not accepted by their immediate social environment. They are often marginalized and identified with the perpetrators rather than as the victims of a situation outside of their control (Erjavec and Volčič 2010). All but one of the survivors in a relationship at the time of the study indicated that their husbands also treated those children born from rape differently. All were unhappy with this situation, as they felt that they had gone through so much trouble for these children, and despite all the pain, their children were not accepted. This raises three important questions: How do children born from rape feel in society? How do they perceive the mistreatment and rejection of community members? And more importantly, what impact will this treatment have on their future lives? Unfortunately, we were unable to explore those questions, as the participants' children were too young. However, in a study that investigated the representations of female adolescents born from rape in Bosnia and Herzegovina (Erjavec and Volčič 2010), the results indicated that those children felt as if the war was still going on, and defined themselves as scapegoats, because of their Serbian blood. Some of the children also defined themselves as destructive forces in their personal relationships, a perception that was closely connected to internalized guilt. Furthermore, because of the consequences of the rape on their mother's physical and mental health, these children often

ended up mothering their own mothers (provide care and assistance as needed). In the DRC context such consequences cannot be excluded, as these situations can affect the well-being of future generations and the development of entire communities.

SUGGESTIONS FOR INTERVENTIONS

Based on the participants' stories, several suggestions can be made with regarding to coping with the aftermath of conflict-related sexual violence. First and foremost, efforts must be made to bring security and safety back to these populations, especially to women and children (most at risk), and survivors need to receive social support along with psychological and medical care. At the time of this writing, a few organizations are offering either medical or psychological assistance to people affected by the DRC conflict, generally near urban areas, and rarely in remote areas. However, social support is desperately lacking, a surprising situation given the reported abundance of social support in African communities, especially when a relative is facing a difficult situation (Taylor, Chatters et al. 2001, Brown 2008). In most cases, being raped does not qualify as such an event, which explains the lack of support from relatives.

The results of this study also strongly support the fact that psychosocial assistance and medical care are not enough to rehabilitate women who have experienced conflict-related rape in eastern DRC. According to all our participants, being able to work and bring in enough for their family's subsistence and regaining their self-confidence are both very important outcomes of the rehabilitation process. Since most of them had to leave their home town for a larger city, their greatest struggle has been finding a sustainable income-generating activity. Some were able to overcome such difficulties with the help of temporary funds offered by a humanitarian aid

organization. Organizations providing long-term assistance to conflict-affected areas should keep this need in mind if their intention is to offer holistic support.

The third important aspect to consider with regard to conflict-related rape is people's mentality, which is usually influenced by social and cultural norms. Campaigns are urgently needed to educate people and bring them to understand that survivors did not choose to be raped but were abused against their will. While stopping the conflict is crucial to avoid creating new rape victims, educational campaigns will help in the rehabilitation of those who have already been raped. Moreover, such campaigns will also facilitate the lives of children born from rape. Even though most survivors said they tried to take care of those children, in most cases the children are not accepted by their families or neighbors. In fact, only one of the survivors indicated that her husband took care of the child born from her rape in the same way as his own children. Some of the survivors' neighbors do not hesitate to insult the child born of rape each time they have the opportunity. Such situations add to the suffering of the survivors, who undoubtedly feel bad when their child is stigmatized, thereby adding to their trauma.

CONCLUSION

Experiencing conflict-related rape can have several social consequences on women and, by extension, on their communities. Survivors experience their lives as oppressive and difficult, a result of the social and cultural norms that condition how they are treated and accepted by their peers. The low regard in which survivors are held not only impedes their rehabilitation, but also contributes to the continued use of such devastating tactics in armed conflict. Actions must certainly be taken to stop the DRC armed conflict, but educational campaigns should also be implemented to stop the vilification of victims and of children born from rape. Finally, besides

providing psychosocial assistance and medical care, organizations aiming to offer holistic assistance to survivors must also help them to find sustainable income-generating activities.

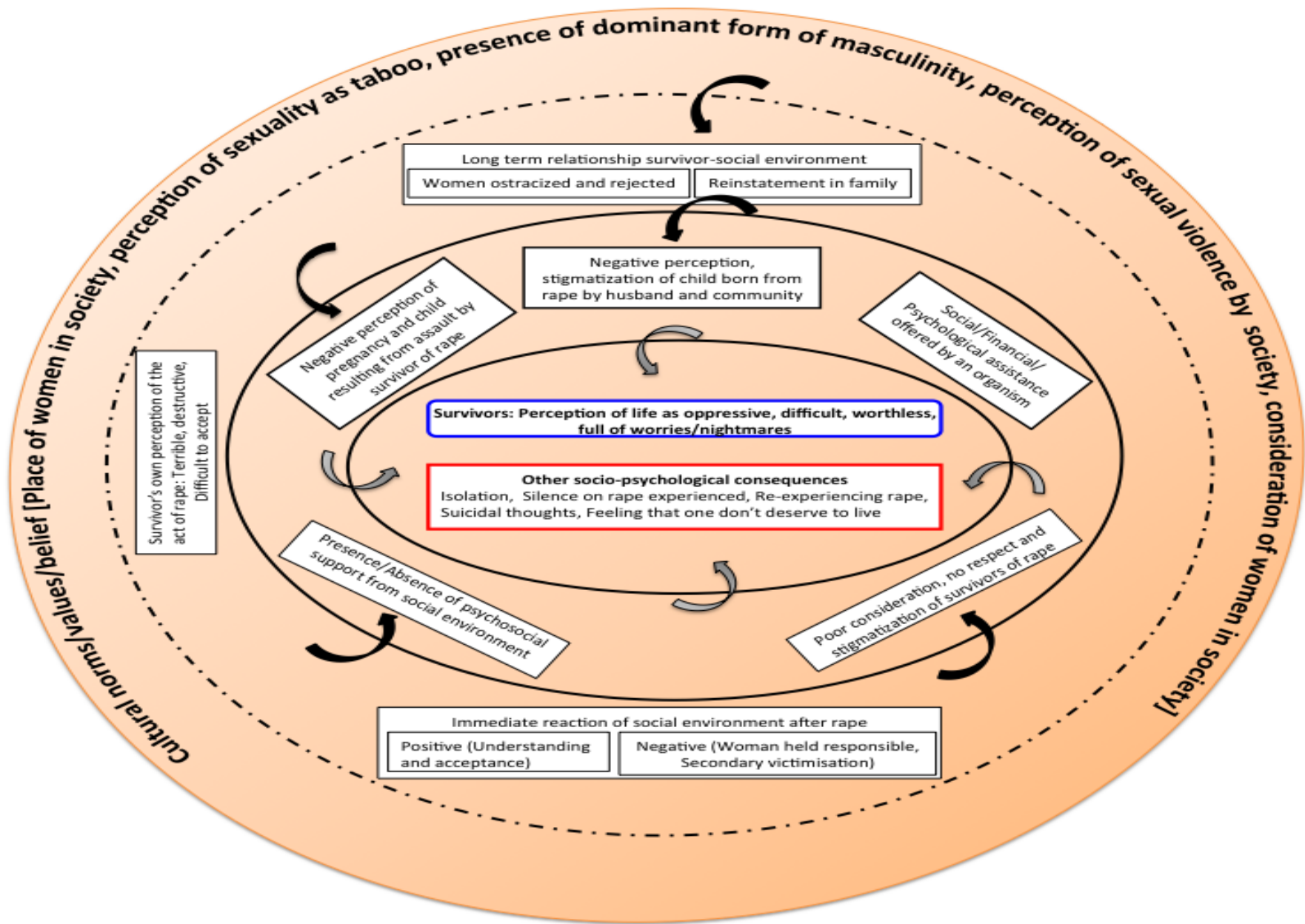


Figure 1 (article 3): Theoretical model emerging from participants' stories representing social impacts of conflict-related rape on survivors mediated by cultural norms, values and beliefs

REFERENCES

- Baaz, Maria Eriksson, & Stern, Maria. (2009). Why Do Soldiers Rape? Masculinity, Violence, and Sexuality in the Armed Forces in the Congo (DRC). *International Studies Quarterly*, 53(2), 495-518. doi: 10.1111/j.1468-2478.2009.00543.x
- Bell, S. T., Kuriloff, P. J., & Lottes, I. (1994). Understanding Attributions of Blame in Stranger Rape and Date Rape Situations: An Examination of Gender, Race, Identification, and Students' Social Perceptions of Rape Victims. *Journal of Applied Social Psychology*, 24(19), 1719-1734. doi: 10.1111/j.1559-1816.1994.tb01571.x
- Brown, D. L. . (2008). African American Resiliency: Examining Racial Socialization and Social Support as Protective Factors. *Journal of Black Psychology*, 34(1), 32-48. doi: 10.1177/0095798407310538
- Büscher, Karen, & Vlassenroot, Koen. (2010). Humanitarian presence and urban development: new opportunities and contrasts in Goma, DRC. *Disasters*, 34, S256-S273. doi: 10.1111/j.1467-7717.2010.01157.x
- Buss, D. E. (2009). Rethinking "rape as a weapon of war". *Feminist Legal Studies*, 17, 145-163. doi: 10.1007/s10691-009-9118-5
- Calhoun, L. G., Selby, J. W., & Warring, L. J. (1976). Social Perception of the Victim's Causal Role in Rape: An Exploratory Examination of Four Factors. *Human Relations*, 29(6), 517-526. doi: 10.1177/001872677602900602
- Campbell, R., Ahrens, C. E., Sefl, T., Wasco, S. M., & Barnes, H. E. (2001). Social Reactions to Rape Victims: Healing and Hurtful Effects on Psychological and Physical Health Outcomes. *Violence and Victims*, 16(3), 287-302. doi: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11437118>
- Coghlan, B., Ngoy, P., Mulumba, F., Hardy, C., Bemo, V. N., Stewart, T., Lewis, J., & Brennan, R. J. (2009). Update on mortality in the Democratic Republic of Congo: results from a third nationwide survey. *Disaster Med Public Health Prep*, 3(2), 88-96. doi: 10.1097/DMP.0b013e3181a6e95201273293-200906000-00010 [pii]
- Creswell, J. W. (2007). *Qualitative inquiry & research design : choosing among five approaches* (2nd ed.). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Diken, B., & Laustsen, C.B. (2005). Becoming object: Rape as a Weapon of War. *Body & Society*, 11 (1), 111-128. doi: 10.1177/1357034x05049853
- Dossa, N.I., Zunzunegui, MV., Hatem, M., & Fraser, W.D. (2014a). Fistula and other adverse reproductive health outcomes among women victims of conflict-related sexual violence: a population-based cross-sectional study. *Birth*, 41(1), 5-13.
- Dossa, N.I., Zunzunegui, MV., Hatem, M., & Fraser, W.D. (2014b). Mental health disorders among women victims of conflict-related sexual violence in the Democratic Republic of Congo. *Journal of Interpersonal Violence*, Accepted for publication.

- Erjavec, K., & Volčič, Z. (2010). Living With the Sins of Their Fathers: An Analysis of Self-Representation of Adolescents Born of War Rape. *Journal of Adolescent Research, 25*(3), 359-386. doi: 10.1177/0743558410361373
- Frese, B., Moya, M., & Megías, J. L. (2004). Social Perception of Rape: How Rape Myth Acceptance Modulates the Influence of Situational Factors. *Journal of Interpersonal Violence, 19*(2), 143-161. doi: 10.1177/0886260503260245
- Hynes, HP. (2004). On the battlefield of women's bodies: An overview of the harm of war to women *Women's Studies International Forum, 27*(5/6), 431-445. doi: 10.1016/j.wsif.2004.09.001
- Johnson, K., Asher, J., Rosborough, S., Raja, A., Panjabi, R., Beadling, C., & Lawry, L. (2008). Association of combatant status and sexual violence with health and mental health outcomes in postconflict Liberia. *Journal of the American Medical Association, 300*(6), 676-690. doi: 10.1001/jama.300.6.676
- Johnson, K., Scott, J., Rughita, B., Kisielewski, M., Asher, J., Ong, R., & Lawry, L. (2010). Association of sexual violence and human rights violations with physical and mental health in territories of the Eastern Democratic Republic of the Congo. *Journal of the American Medical Association, 304*(5), 553-562. doi: 10.1001/jama.2010.1086
- Kim, A.A., Malele, F., Kaiser, R., Mama, N., Kinkela, T., Mantshumba, J. C., Hynes, M., De Jesus, S., Musema, G., Kayembe, P. K., Hawkins Reed, K., & Diaz, T. (2009). HIV infection among internally displaced women and women residing in river populations along the Congo River, Democratic Republic of Congo. *AIDS Behavior, 13*(5), 914-920. doi: 10.1007/s10461-009-9536-z
- Kim, Andrea, Malele, Faustin, Kaiser, Reinhard, Mama, Nicaise, Kinkela, Timothée, Mantshumba, Jean-Caurent, Hynes, Michelle, De Jesus, Stacy, Musema, Godefoid, Kayembe, Patrick, Hawkins Reed, Karen, & Diaz, Theresa. (2009). HIV Infection Among Internally Displaced Women and Women Residing in River Populations Along the Congo River, Democratic Republic of Congo. *AIDS and Behavior, 13*(5), 914-920. doi: 10.1007/s10461-009-9536-z
- Kippenberg, J. (2002). The war within the war: Sexual Violence Against Women and Girls in Eastern Congo: Human Right Watch.
- Kivlahan, C., & Ewigman, N. (2010). Rape as a weapon of war in modern conflicts. *BMJ, 340*. doi: 10.1136/bmj.c3270
- Laperrière, A. (1997). La théorisation ancrée : démarche analytique et comparaison avec d'autres approches apparentées [Grounded theory: Analytical approach and comparison with other related approaches]. In J. Poupart, J. P. Deslauriers, L. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer, & A. Pires (Eds.), *La recherche qualitative: Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (Qualitative research: Epistemological and methodological issues) (pp. 309 –340). Boucherville, Canada: Gaétan Morin.

- Leatherman, J.L. (2011). *Sexual violence and armed conflict*. Malden, MA., USA: Polity Press.
- Leiby, M. L. (2009). Wartime sexual violence in Guatemala and Peru. *International Studies Quarterly*, 53, 445-468. doi: 10.1111/j.1468-2478.2009.00541.x
- Longombe, A. O., Claude, K. M., & Ruminjo, J. (2008). Fistula and Traumatic Genital Injury from Sexual Violence in a Conflict Setting in Eastern Congo: Case Studies. *Reproductive Health Matters*, 16(31), 132-141. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/S0968-8080%2808%2931350-0>
- Lueger-Schuster, B., Gluck, T. M., Tran, U. S., & Zeilinger, E. L. (2012). Sexual violence by occupational forces during and after World War II: Influence of experiencing and witnessing of sexual violence on current mental health in a sample of elderly Austrians. *International Psychogeriatrics*, 24(8), 1354-1358. doi: 10.1017/S104161021200021X
- Milillo, D. (2006). Rape as a Tactic of War: Social and Psychological Perspectives. *Affilia*, 21(2), 196-205. doi: 10.1177/0886109905285822
- Muganyizi, Projestine S., Hogan, Nora, Emmelin, Maria, Lindmark, Gunilla, Massawe, Siriel, Nystrom, Lennarth, & Axemo, Pia. (2009). Social Reactions to Rape: Experiences and Perceptions of Women Rape Survivors and Their Potential Support Providers in Dar es Salaam, Tanzania. *Violence and Victims*, 24(5), 607-626. doi: 10.1891/0886-6708.24.5.607
- Mukwege, D. M., & Nangini, C. (2009). Rape with Extreme Violence: The New Pathology in South Kivu, Democratic Republic of Congo. *PLoS Medicine*, 6(12). doi: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1000204>
- Nagel, Barbara, Matsuo, Hisako, McIntyre, Kevin P., & Morrison, Nancy. (2005). Attitudes Toward Victims of Rape: Effects of Gender, Race, Religion, and Social Class. *Journal of Interpersonal Violence*, 20(6), 725-737. doi: 10.1177/0886260505276072
- Peterman, A., Palermo, T., & Bredenkamp, C. (2011). Estimates and determinants of sexual violence against women in the Democratic Republic of Congo. *Am J Public Health*, 101(6), 1060-1067. doi: 10.2105/AJPH.2010.300070
- Poupart, J. (1997). L'entretien de type qualitatif : Considérations épistémologiques, théoriques et méthodologiques [The qualitative interview: Epistemological, theoretical and methodological considerations]. In J. Poupart, J. P. Deslauriers, L. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer, & A. Pires (Eds.), *La recherche qualitative: Enjeux épistémologiques et méthodologiques* [Qualitative research: Epistemological and methodological issues] (pp. 173–210). Boucherville, Canada: Gaétan Morin.
- Sideris, T. (2003). War, gender and culture: Mozambican women refugees. *Social Science & Medicine*, 56(4), 713-724. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00067-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00067-9)

- Snyder, CS., Gabbard, WJ., May, JD., & Zulcic, N. (2006). On the battleground of women's bodies, Mass rape in Bosnia-Herzegovina. *Journal of Women and Social Work*, 21(2), 184-195. doi: 10.1177/0886109905286017
- Stark, L., & Wessells, M. (2012). Sexual violence as a weapon of war. *JAMA*, 308(7), 677-678. doi: 10.1001/jama.2012.9733
- Steiner, B., Benner, M. T., Sondorp, E., Schmitz, K. P., Mesmer, U., & Rosenberger, S. (2009). Sexual violence in the protracted conflict of DRC programming for rape survivors in South Kivu. *Conflict & Health*, 3, 3. doi: 10.1186/1752-1505-3-3
- Taylor, R. J., Chatters, L. M. , Hardison, C. B., & Riley, A. (2001). Informal Social Support Networks and Subjective Well-Being Among African Americans. *Journal of black psychology*, 27(4), 439-463. doi: 10.1177/0095798401027004004
- Vlassenroot, K., & Büscher, K. (2009). The city as frontier: urban development and identity processes in Goma *Crisis States Research Centre working papers series 2, 61*: Crisis States Research Centre, London School of Economics and Political Science, London, UK.
- Wood, Elisabeth Jean. (2009). Armed Groups and Sexual Violence: When Is Wartime Rape Rare? *Politics & Society*, 37(1), 131-161. doi: 10.1177/0032329208329755

5.4.2. Autres résultats pertinents à l'objectif 5 de la thèse

Dans cette section seront présentés les résultats concernant la perception de la grossesse issue de l'acte de violence sexuelle par les victimes, leur désir d'interrompre cette grossesse ainsi que leurs motivations pour le faire ou non seront présentés. Seront également présentées, les déclarations des participantes en rapport avec la manière dont l'enfant issu l'agression sexuelle subie est traité dans leur communauté.

5.4.2.1. Perception de la grossesse issue de l'acte de violence sexuelle

Les participantes ont été interrogées sur leur perception de la grossesse issue de l'agression sexuelle subie. Elles admettent pour la plupart avoir eu une période de gestation assez difficile. Dix (10) des participantes ont déclaré avoir rejeté la grossesse, n'avoir pas eu d'affection pour le bébé ou avoir eu une période de gestation assez difficile en comparaison aux autres grossesses qui ont suivi ou précédé celle issue de la violence sexuelle. Une femme a déclaré qu'elle avait perçu cette grossesse comme une punition supplémentaire au viol.

Seule la participante numéro 9 a déclaré avoir eu une perception positive de sa grossesse. Elle a été agressée sexuellement à deux reprises; une fois par un ami et la seconde fois par les militaires pendant qu'elle s'enfuyait de son village et ce, trois (3) ans après la première expérience. Par contre, l'enfant était issu de l'acte de violence sexuelle commis par son ami. Voici ce qu'elle déclare au sujet de cette grossesse :

Je n'ai pas vraiment eu de problème par rapport à cette grossesse parce que je n'étais pas mariée et j'ai été encadrée par les membres de ma famille. Quelques fois,

j'avais du mal à accepter la grossesse issue du viol, mais par après je me consolais et je me disais que c'est un bébé, il va naître et je vais l'accueillir.

La femme numéro 10 qui a accouché d'un mort-né a déclaré ce qui suit :

Quand j'ai accouché, ce n'est pas quelque chose de souhaitable mais l'enfant était un mort-né et j'ai dit merci Seigneur. J'ai loué le Seigneur pour ça parce que je me suis dit même si tu me donnais cet enfant, j'étais orpheline et je ne pouvais pas me situer je ne vois pas ce que je pouvais faire avec cet enfant.

5.4.2.2. Désir d'avorter et les raisons

Malgré le fait que la majorité rejetait la grossesse issue de l'acte de violence sexuelle, seules cinq (5) des participantes ont déclaré avoir eu envie de l'interrompre, dont deux (2) ont fait des tentatives d'avortement dans des conditions insalubres. À cet effet la femme numéro 3 déclare ce qui suit :

Oui j'ai tenté d'avorter. J'ai mélangé du savon pour la lessive et du sel et je l'ai bu mais ça n'a pas marché. Ce mélange provoque l'avortement.

Les femmes avaient envie d'avorter pour des raisons diverses. Certaines ont mentionné le fait que la grossesse n'était pas prévue (n=2), qu'elle était issue d'un acte qu'on n'avait pas aimé ou cautionné (n=2) ou que le père de l'enfant n'était pas connu (n=2). Une (1) femme a déclaré avoir eu envie d'avorter pour retrouver la stabilité dans son foyer puisque la grossesse ne facilitait pas l'acceptation de son agression sexuelle par son conjoint.

Les raisons de ne pas vouloir avorter étaient tout aussi diverses. La plus couramment citée était la peur de l'acte et de ses éventuelles conséquences (n=4). D'autres femmes ont déclaré n'avoir pas voulu avorter à cause de la force qu'elles ont trouvée dans la religion (n=2) et des conseils qu'elles ont reçus (n=2). Finalement, d'autres ne pouvaient pas avorter parce qu'elles se disaient soit incapable en tant que parent d'avorter (n=1), soit contente de sentir l'enfant bouger dans son ventre (n=1) ou trop jeune pour penser à une telle chose (n=1).

5.4.2.3. Le traitement et la considération des enfants issus d'actes de violence sexuelle

En raison de l'objectif principal de l'article, la situation vécue par les enfants issus d'actes de violence sexuelle n'a pas été décrite de manière extensive. Ici, nous présenterons quelques éléments sur cet aspect.

Tout comme leurs mères, les enfants des viols liés aux conflits sont rejetés et stigmatisés par la société. Interrogées sur la relation entre l'enfant issu de la violence sexuelle et leur conjoint, 11 femmes sur les douze qui ont participé à l'étude qualitative ont déclaré que celle-ci n'était pas excellente ni harmonieuse. Sur les 12 femmes, respectivement 3, 4 et 6 ont rapporté que leur conjoint/mari (lorsqu'elles habitaient encore avec eux) stigmatise l'enfant issu de la violence sexuelle, le traite différemment de ses propres enfants et a de la difficulté à l'accepter. À ce propos, la participante numéro 4 rapporte ce qui suit :

Les enfants de mon mari vont à l'école mais il ne donne rien pour l'autre. Mon mari ne le traitait pas comme ses enfants. Si l'enfant fait un peu de grimaces, fait des erreurs dans la maison, il lui disait d'aller rejoindre son papa dans la forêt. Si

mon mari le traitait comme les autres enfants, je ne l'aurais pas envoyé là-bas¹³, il pouvait rester avec moi.

Les propos de la participante numéro 5 rapportent également une situation similaire :

Quand nous sommes en train de manger je remarque que le mari n'est pas trop content qu'il mange avec ses enfants. Il peut aussi taper l'enfant même s'il n'a pas fait quelque chose de grave. Il l'engueule souvent sans raison. Même quand ce sont ses enfants qui ont commis une faute, c'est l'enfant issu du viol qui est frappé à la place des autres.

En ce qui concerne l'entourage et la communauté, le traitement réservé à l'enfant issu du viol, selon les déclarations des participantes, est similaire à celui des conjoints. Cinq (5) femmes sur 12 ont rapporté que l'enfant issu de l'agression sexuelle était stigmatisé et marginalisé dans la communauté contre deux (2) qui ont déclaré que la relation entre l'enfant et leur famille était bonne. La communauté réagit également plus sévèrement lorsque cet enfant commet des erreurs similaires à celles des enfants qui ne sont pas issus d'un acte de violence sexuelle. À ce propos la participante numéro 7 rapporte ce qui suit :

Les voisins ont aussi des réactions qui affectent. Un jour, j'étais à la maison et l'enfant issu du viol s'est bagarré avec l'enfant de la voisine. Elle est venue ensuite chez moi et a commencé à crier sur moi et m'injurier en disant : Moi je vais tuer ton «Aramu» (enfant sans père) ici, il est en train de taper sur mon enfant mais est ce qu'il ne voit pas le père mon enfant? Il pense que mon enfant est comme lui qui a un père inconnu?

¹³ Cette participante en question a confié l'enfant issu de son agression sexuelle à des personnes qui vivent dans une autre ville pour limiter les disputes dans son foyer.

La participante numéro 2 a aussi rapporté ce qui suit :

Certaines personnes n'acceptent pas que leurs enfants viennent jouer avec le mien. Quand une maman rencontre son enfant en train de jouer avec le mien, elle fait une scène et dit : toi aussi tu commences à jouer avec l'enfant de tel, tu seras aussi bandit comme lui.

Les sentiments que les femmes ont développés pour l'enfant issu de l'acte de violence sexuelle sont assez mitigés. La plupart (9 sur 12) déclarent s'occuper de cet enfant selon leurs moyens/capacités, ce dernier étant complètement à leur charge même quand elles vivent avec leurs conjoints. Une partie d'entre elles (5) déclarent aimer cet enfant malgré les circonstances dans lesquelles il a été conçu, principalement parce qu'elles ne peuvent pas l'abandonner. Ainsi, la participante numéro 12 déclare :

L'enfant est là, je ne peux pas le confier à une autre personne parce que c'est ma croix. Je vis avec lui comme ça.

Par contre, plus du tiers des participantes (5 sur 12) déclarent être incapables de traiter cet enfant équitablement et donc l'endurent. Par contre, cette déclaration est assez corrélée avec un effort pour garder l'enfant (puisque'il ne peut être confié à une autre personne), le traiter équitablement et le faire accepter dans la communauté. Les propos de la participante numéro 3 relatent bien cet état des faits :

Je le vois comme ça et je le garde parce que c'est un fruit de mes entrailles. Mais si c'était le cas contraire je ne pouvais même pas vivre et rester avec lui. Si j'avais une famille qui me respectait, qui me considérait et qui me comprenait je pouvais

donner cet enfant à ma famille. L'enfant est là où est ce que je vais l'amener, je suis obligée de rester avec lui. Un enfant problématique, un enfant que j'ai eu dans les problèmes comment je peux le traiter comme d'autres enfants. Il est là parce qu'il est là, je n'ai pas d'autre endroit où je peux le mettre. Mais si j'en avais, je ne pouvais pas rester avec lui. Je ne peux pas abandonner cet enfant.

Trois (3) des participantes ont déclaré avoir une relation de complicité et de support mutuel avec l'enfant issu de l'acte de violence sexuelle. Ceci s'accompagne également d'un souci pour le sort de l'enfant. À ce propos, la participante numéro 2 rapporte ce qui suit :

La relation avec cet enfant est bonne. On se sait jamais, peut être que cet enfant me sera utile dans l'avenir. Quand je ne suis pas là, l'enfant aussi n'est pas content. Mais quand je suis là, il vient, il monte sur mes épaules, il monte sur mes genoux et je me sens un peu consolée. Quand on l'injure je ne suis pas contente, mais l'injure n'est pas intentionnée, c'est parce que l'enfant a fait quelque chose de mal.

5.4.3. Récapitulatif de l'article 3 et des résultats complémentaires de l'objectif 5

Les participantes qui ont subi des actes de VSLC ont toutes décrit leur vie au quotidien comme difficile et oppressive. Cette perception de leur vie est conforme à la manière dont elles sont traitées et considérées dans leur société. En effet, les survivantes de VSLC sont rejetées et stigmatisées par la majorité des membres de leur communauté. Les réactions suite à l'agression sexuelle sont souvent négatives et la plupart des membres de leur communauté les rendent responsables de ce qui leur est arrivé. La grossesse issue de

l'acte de violence sexuelle va dans certains cas exacerber les tensions. Toutes les participantes qui ont eu un enfant issu d'un acte de VSLC ont déclaré avoir rejeté la grossesse et s'être senties particulièrement mal tout au long de la gestation.

Les conséquences du traitement réservé aux femmes victimes de VSLC sont nombreuses. Plusieurs déclarent s'isoler pour éviter les insultes alors que d'autres, après avoir déménagé dans une autre ville, gardent un silence absolu sur ce qu'elles ont vécu. Par ailleurs, quelques femmes ont indiqué que le manque de considération leur donne le sentiment qu'elles ne méritent plus de vivre après ce qu'elles ont vécu ou leur donne envie de faire du mal en retour.

Les enfants issus d'actes de VSLC sont également rejetés et stigmatisés par la majorité des membres de la communauté. Avec leurs mères, les sentiments sont variés et parfois mitigés. La plupart des femmes déclarent s'occuper de l'enfant selon leurs moyens mais aussi parce qu'elles ne se sentent pas capables de l'abandonner. Seulement quelques femmes décrivent une relation de complicité et de support mutuel avec l'enfant issu de l'acte de violence sexuelle subi.

Conformément aux objectifs poursuivis par les groupes armés, l'expérience de VSLC détruit mentalement les victimes et contribue d'avantage à leur isolation. Ce que notre analyse rajoute c'est que si la société ne réagissait pas de la manière escomptée c'est-à-dire en rejetant les victimes, les conséquences de la VSLC pourraient être moindres. Malheureusement, la société rejette les victimes, principalement parce qu'elles sont la

preuve vivante du déshonneur de la famille à laquelle elles appartiennent mais surtout parce qu'elle (la société et surtout le conjoint/mari) a manqué à son devoir de protection de la femme et de son honneur.

CHAPITRE VI : Discussion

6.1. Discussion générale des résultats

La présente thèse s'intéresse aux effets de la VSLC sur les femmes vivant dans la région de Goma, province du Nord-Kivu, République Démocratique du Congo (RDC) et ce, au niveau sanitaire comme social. Plus spécifiquement, elle vise à :

- 1) Évaluer les associations entre la VSLC et plusieurs aspects de santé reproductive incluant les fistules, les DPC, les avortements induits, le désir de rapports sexuels, le désir d'enfant et le désir d'interruption de la grossesse issue de la violence sexuelle;
- 2) Évaluer les associations entre la VSLC et la santé mentale en termes de *sévérité des symptômes de PTSD*, de *sévérité des symptômes de détresse psychologique* et de probabilité d'être un cas de TMC;
- 3) Évaluer le possible rôle modificateur des fistules et des DPC sur l'association entre la violence sexuelle et la santé mentale;
- 4) Évaluer le possible rôle modificateur de la santé mentale sur les associations entre la violence sexuelle et les aspects de santé reproductive que sont le désir de rapports sexuels et le désir d'enfant;
- 5) Identifier l'impact social de la VSLC, et expliquer comment les adversités sociales peuvent, à leur tour, influencer la santé reproductive ou la santé mentale des victimes.

Les données collectées au cours de l'étude ont permis de répondre aux questions de recherche et donc d'identifier les problèmes de santé reproductive et de santé mentale ainsi que les difficultés sociales que rencontrent les femmes qui ont subi des actes de

VSLC dans le contexte du conflit armé en RDC. La discussion qui suit est divisée en quatre sections. La première reprendra les éléments discutés dans les résultats de chacun des articles publiés et examinera les liens – proposés dans le cadre conceptuel présenté à la fin de la revue de littérature – qui résument l’ensemble des effets de la VSLC étudiés dans cette thèse. Toujours dans cette section, nous discuterons de la situation des enfants issus d’actes de VSLC et de leur place dans la société. Par la suite, nous parlerons des contributions de la thèse à l’avancement des connaissances. La troisième section présentera les forces et les limites de la présente étude et discutera de la validité des résultats de recherche. Nous finirons avec une discussion des implications de nos résultats pour la recherche et pour l’intervention, section qui sera suivie d’une conclusion générale.

6.1.1. Conséquences sanitaires et sociales de la VSLC pour les victimes

Les résultats de cette thèse suggèrent que la VSLC affecte les femmes dans l’ensemble des dimensions étudiées (physique/reproductive, psychologique et sociale). Mieux encore, tel que postulé dans le cadre conceptuel, elle a permis de démontrer que ces dimensions (santé et bien-être psychologique et social) sont inter-reliées.

L’exposition à la VSLC, est associée à une augmentation de la probabilité de développer une fistule. Cette étude est la première à évaluer la prévalence de ces problèmes gynécologiques chez les femmes victimes de VSLC tout en les comparant à d’autres groupes de femmes qui n’ont pas fait l’expérience de ce type d’agression sexuelle, ce qui ne permet pas de comparer nos résultats.

Néanmoins, tout comme dans les études précédentes qui rapportent des chiffres avoisinant les 16% (Longombe, Claude et al. 2008, Mukwege and Nangini 2009), la prévalence des cas de fistules dans notre groupe de femmes qui ont subi la VSLC est assez élevée (24%). La littérature suggère que l'augmentation du risque de fistule chez les femmes victimes de VSLC serait liée à violence rare avec laquelle ce type d'agression est perpétré. Dans la présente étude, contrairement aux femmes qui ont subi la VSNLC (10%), 66% des femmes qui ont vécu la VSLC ont été simultanément agressées par au moins deux (2) hommes. De plus, c'est uniquement dans les cas de VSLC que les femmes interrogées ont rapporté l'utilisation d'objets tranchants (morceaux d'arbres, couteaux, etc.) au cours des agressions sexuelles et des séquestrations de longue durée (jusqu'à 2 mois).

À première vue, nos résultats semblent aller à l'encontre de ceux rapportés par l'étude hospitalière effectuée parmi 604 femmes prises en charge pour une fistule entre 2005 et 2007 dans l'hôpital de Panzi situé à Bukavu (province du Sud-Kivu, RDC) (Onsrud, Sjøveian et al. 2008). Selon cette étude, seulement 4% des cas de fistules soignés à l'hôpital ont été causés par une exposition à la VSLC. De plus, la majorité de ces cas serait une conséquence indirecte de la VSLC et résulterait d'une mauvaise prise en charge d'un avortement provoqué suite à un acte de VSLC ou d'un travail prolongé d'une grossesse issue d'une telle agression.

Plusieurs éléments peuvent expliquer cette différence de résultats. Le premier serait lié au devis de recherche utilisé : une analyse rétrospective de données hospitalières. Sachant que la majorité des cas de VSLC sont perpétrés dans les villages, il est bien possible que

la majorité des cas de fistules résultant de ces actes ne soient pas soignés principalement à cause de l'éloignement physique de la structure sanitaire. Par ailleurs, le fait d'avoir subi un acte de VSLC peut très bien représenter un facteur qui va dissuader les femmes de consulter, voulant à tout prix cacher leur statut de victime de VSLC. Dans de telles circonstances, les femmes qui ont eu une fistule résultant d'un accouchement seront plus nombreuses à consulter et donc à se faire soigner.

Le deuxième aspect qui pourrait expliquer la différence de résultats est lié à la manière dont les variables ont été mesurées dans les deux études. Onsrud et al. 2008 ont évalué séparément les cas de fistules résultant directement (fistule traumatique) ou indirectement (fistule obstétricale) de la VSLC alors que notre étude a comptabilisé tous les cas de cette condition qui sont survenus après l'agression sexuelle.

Le dernier élément qui pourrait expliquer la différence de résultats est la restriction de la période d'étude aux cas soignés entre 2005 et 2007. Si pendant cette période, les actes de VSLC ont été moins fréquents ou d'une sévérité moindre dans la province, il est possible que les résultats obtenus ne mettent pas en cause la VSLC.

Par contre, dans la mesure où les auteurs concluent que l'expérience de VSLC entraîne des fistules mais que la plupart des cas serait une conséquence indirecte de l'agression (mauvaise prise en charge d'un avortement provoqué par la VSLC, travail prolongé après avoir subi la VSLC), les résultats des deux études se rejoignent. En effet, nos résultats appuient également cette conclusion puisque, selon nos données, sept des participantes (43.7%) qui ont subi la VSLC et développé une fistule, ont accouché dans les mois qui

suivent leur agression. Leurs fistules pourraient avoir été développées au moment de l'accouchement qui a suivi l'agression sexuelle.

Quel que soit le mécanisme sous-jacent, il apparaît que l'expérience de VSLC augmente la probabilité des femmes de développer une fistule, justifiant une offre de soins appropriée aux victimes de ce genre de violence. De plus, s'il advenait que l'expérience de VSLC augmente la probabilité de survenue d'un avortement ou encore d'avoir un travail prolongé, alors il y a un besoin accru d'offrir aux femmes qui en sont victimes un accès aux professionnels de santé qualifiés pour les assister adéquatement. Actuellement, des interventions chirurgicales sont offertes en RDC pour réparer les fistules, mais l'accès à ces soins est loin d'être facile surtout pour les femmes qui vivent en dehors de Goma et de Bukavu, les villes les plus urbanisées des provinces de l'Est de la RDC. Aussi, les professionnels de santé capables d'assister les femmes enceintes qui ont subi la VSLC de manière appropriée sont peu nombreux; dans les régions éloignées des capitales des provinces de l'Est ces professionnels ne sont même pas disponibles. Par ailleurs, le manque de moyens financiers peut représenter un frein au voyage jusqu'en ville. Mais le plus préoccupant est que certaines femmes qui souffrent de cette condition peuvent ne pas savoir que de tels soins existent alors qu'en raison de l'insécurité, il est impossible pour les équipes médicales de se déplacer pour procurer des soins dans les localités éloignées.

Notre étude démontre également que l'exposition à la VSLC augmente la probabilité de souffrir de DPC. L'association entre l'expérience de VSNLC et les DPC a précédemment été démontrée dans la littérature (Jamieson and Steege 1997, Lampe, Solder et al. 2000,

Salam, Alim et al. 2006). Cependant, cette étude montre que la VSLC, encore plus que la VSNLC, augmente la probabilité de développer cette condition chronique. Il est possible que la rare violence avec laquelle les actes de VSLC sont perpétrés explique l'effet observé en comparaison à la VSNLC.

Les DPC représentent une condition très peu étudiée dans les pays développés et encore moins dans les pays en développement. Même si dans les pays en développement il y a des problématiques plus urgentes dont il faut s'occuper, la situation sur la prévalence de DPC mérite une attention puisque 36% des femmes victimes de VSLC ont déclaré en souffrir. Quelques soins ont fait leur preuve dans le soulagement des femmes qui souffrent de DPC¹⁴. Selon cette source, les essais cliniques démontrent que diverses thérapies chirurgicales ou non peuvent soulager la douleur associée à cette condition, les premières étant plus efficaces. Cependant, elles restent une prise en charge financièrement lourde pour être disponible dans des pays en développement.

En termes de santé mentale, l'expérience de VSLC, est associée à une augmentation de la *sévérité des symptômes de détresse psychologique*, de la *sévérité des symptômes de PTSD* et de la probabilité de souffrir d'un TMC. Ces résultats sont en accord avec les travaux précédents réalisés dans un contexte de conflit et qui ont évalué l'effet de la VSLC (Johnson, Asher et al. 2008, Johnson, Scott et al. 2010, Lueger-Schuster, Gluck et al. 2012).

Si le traumatisme lié à l'agression, à lui tout seul, peut entraîner des troubles de santé mentale, le fait de souffrir de fistule ou de DPC après l'acte de VSLC augmente encore plus la sévérité des symptômes de détresse psychologique et des symptômes de PTSD. En

¹⁴ http://www.effectivehealthcare.ahrq.gov/ehc/products/195/1029/cpp_clin_fin_to_post.pdf

effet, les femmes qui ont subi la VSLC, comparées à celles qui n'ont pas subi de violence sexuelle, ont des symptômes de détresse psychologique et de PTSD plus sévères. Par contre, celles qui ont subi la VSLC et qui ont développé une fistule ou qui souffrent de DPC ont les scores de détresse psychologique et de PTSD les plus élevés. Ces résultats sont conformes au fardeau que représentent les conditions de santé comme les fistules et les DPC. En effet, les femmes qui souffrent de fistules sont en majorité rejetées par la société et répudiées par le mari (Kabir, Iliyasu et al. 2003, Wall 2006), situation qui peut occasionner plus de détresse psychologique, surtout dans une société où la vie en communauté est très valorisée. Cette situation peut également être une source de victimisation secondaire, situation qui est connue pour aggraver la détresse et le stress posttraumatique des victimes de violence sexuelle (Campbell, Wasco et al. 2001). Quant aux DPC, elles sont rapportées comme des sources de troubles d'humeur. Elles peuvent également perturber les activités professionnelles ou de loisir et favoriser l'interruption des relations avec les pairs, affectant ainsi la qualité de vie des femmes. À long terme, les DPC peuvent occasionner une perte de revenu, autant d'éléments qui peuvent être source de détresse psychologique surtout dans un pays en développement, de surcroît désorganisé en raison du conflit armé.

Le fait que les femmes qui ont subi la VSLC et qui ont développé une fistule ou souffrent de DPC par la suite aient les scores de symptômes de détresse psychologique et de PTSD les plus élevés peut s'expliquer autrement. Étant donné que les femmes victimes de VSLC n'ont pas été interrogées immédiatement après leur agression, il est possible que l'effet mesuré soit le résultat à long terme de l'exclusion sociale et de la perte de qualité

de vie entraînée par la condition gynécologique qu'elles ont développé ou dont elles souffrent encore.

Bien que la VSLC augmente la *sévérité des symptômes de détresse psychologique* et la *sévérité des symptômes de PTSD*, nous ne pouvons manquer d'attirer l'attention sur les scores relativement élevés mesurés chez les femmes qui ont déclaré ne jamais avoir subi de violence sexuelle au cours de leur vie. Par exemple, la moyenne de score de détresse psychologique dans ce groupe de femmes montre que le fait de vivre dans une zone de conflit est une source de détresse psychologique et ce, principalement à cause des conditions de vie désastreuses (chômage, insécurité, absence ou insuffisance de revenu, etc.). Il a été démontré que ces facteurs, à eux seuls, peuvent négativement affecter la santé mentale des populations qui vivent en zone de conflit (Miller and Rasmussen 2010, Miller and Rasmussen 2010, Roberts and Browne 2011). Par ailleurs, le fait d'être témoin d'atrocités pendant un conflit (viol, meurtre, torture, etc.) sans en être une victime peut également entraîner des symptômes de PTSD (Lueger-Schuster, Gluck et al. 2012). Ceci pourrait expliquer la moyenne de score de sévérité des symptômes de PTSD élevée observée dans le groupe des femmes qui n'ont jamais subi d'actes de violence sexuelle.

Par ailleurs, les analyses permettant d'identifier les facteurs de vulnérabilité supplémentaires des femmes à la violence sexuelle suggèrent que l'association entre la violence sexuelle et la détresse psychologique est modifiée par le statut matrimonial, les femmes séparées/divorcées et les veuves ayant un niveau de détresse psychologique plus élevé. Ces résultats sont logiques dans la mesure où le décès ou la séparation du conjoint

peut faire peser plus de poids sur la femme qui doit continuer à supporter ses enfants toute seule, ce qui représente une source supplémentaire de détresse. Par contre, dans le groupe des femmes qui ont subi la VSLC, les femmes mariées et les séparées/divorcées ont des médianes de score de détresse psychologique similaires. Cette situation pourrait être la résultante du fait que les femmes qui sont en couple doivent supporter les réactions négatives et peut-être les remontrances quotidiennes de leur conjoint, ce qui peut aussi représenter une source de détresse psychologique. La plupart des victimes de VSLC n'étant pas non plus acceptées par leur belle-famille, le fait d'être en couple peut augmenter leur détresse psychologique si elles doivent en permanence essayer les remarques désobligeantes de cette dernière. En d'autres termes, les femmes en couple souffriraient des remarques et reproches qui leur sont faites par leur conjoint et leur belle-famille alors que celles qui sont séparées/divorcées souffriraient de l'abandon/répudiation et de son impact socioéconomique.

L'expérience de VSLC affecte aussi les femmes sur d'autres aspects de santé reproductive. En effet, les femmes qui ont subi la VSLC ont plus de probabilité de rapporter une absence de désir de rapports sexuels. Un dysfonctionnement sexuel chez les victimes de VSNLC a été rapporté dans la littérature avec une diminution du désir de rapports sexuels et de satisfaction dans les relations sexuelles (Golding, Wilsnack et al. 1998, Randolph, Reddy et al. 2006, Leclerc, Bergeron et al. 2010). Les résultats obtenus avec la VSLC et le désir de rapports sexuels sont donc conformes à ce qui a déjà été observé chez les victimes de violence sexuelle. Par ailleurs, l'association entre la VSLC et le désir de rapports sexuels serait modifiée par le statut matrimonial de la femme.

Même si aucune étude n'a été retrouvée sur la question, ce résultat est logique puisque le fait d'être en couple peut modifier le désir de rapports sexuels et ce, surtout dans une société où la femme est dans l'obligation de satisfaire sexuellement son conjoint. Tout comme pour les travaux précédents résumés dans une revue de littérature (Weaver 2009), dans notre étude, l'absence de désir de rapports sexuels est souvent expliquée par les douleurs et/ou les brûlures ressenties pendant l'acte sexuel, par la peur des hommes pour celles qui ont été sexuellement agressées et par l'incapacité d'être sexuellement excitée.

Toujours sur le plan de la santé reproductive, l'expérience de VSLC affecte aussi le désir d'enfant des femmes. En effet, les femmes qui ont subi la VSLC ont plus de probabilité de rapporter une absence de désir d'enfant. Même si le désir d'enfant des femmes victimes de violence sexuelle n'a pas non plus été précédemment étudié, la diminution observée dans le groupe des femmes victimes de VSLC correspond à l'hypothèse qui a été formulée en début d'étude. Par ailleurs, l'effet de la VSLC sur le désir d'enfant serait modifié par la parité et la santé mentale (*sévérité des symptômes de détresse psychologique*). Même en absence d'études antérieures sur l'association entre la violence sexuelle et le désir d'enfant, il semble logique qu'une sévère détresse psychologique puisse réduire un tel désir. La détresse psychologique étant plus sévère chez les femmes victimes de VSLC, c'est dans ce groupe qu'on observe une absence plus importante de désir d'enfant. Aussi, le fait d'avoir déjà des enfants pourrait conduire une femme victime de VSLC éprouvée à décider de ne plus en avoir. Les raisons pour lesquelles les participantes ne désiraient plus avoir d'enfant sont assez variées. Les femmes qui ont subi la VSLC et qui ne veulent plus avoir d'enfant rapportent les raisons suivantes :

répudiation par le conjoint, perception négative des hommes, difficulté à porter la grossesse issue de la VSLC et difficulté à s'occuper de tous les enfants qu'elles ont déjà.

Le désir d'interruption de la grossesse issue de la violence sexuelle a été également évalué chez les femmes qui sont devenues enceintes à la suite d'une agression sexuelle. Comparées aux femmes qui ont subi la VSNLC, celles qui ont subi la VSLC sont plus nombreuses à avoir souhaité interrompre la grossesse issue de la violence sexuelle. Elles sont également plus nombreuses à déclarer qu'elles auraient avorté si les soins appropriés leurs étaient offerts. Par contre, l'avortement est pénalement puni en RDC, quel que soit la personne qui le pratique. Ceci fait que les femmes qui deviennent enceintes à la suite d'un acte de violence sexuelle sont tenues de mener à terme la grossesse qu'elles le veulent ou non. De plus, l'absence d'un système d'adoption ou d'un organisme qui prend en charge les enfants issus de viols en RDC fait que les femmes se doivent de s'occuper de cet enfant qu'elles soient disposées ou non à le faire et peu importe leurs capacités physique, psychologique et même socioéconomique pour le faire. Sans vouloir questionner la légitimité des lois congolaises et faire une propagande de l'avortement, cette situation amène à réfléchir sur les choix offerts aux femmes qui deviennent enceintes après une agression sexuelle et sur leur droit à avoir accès aux soins et accompagnement psychosocial appropriés à leur situation. La question est d'autant plus cruciale qu'une proportion non négligeable des femmes qui ont vécu la VSLC et sont devenues enceintes (10%, 3/31) ont déclaré avoir tenté de pratiquer un avortement et ce, dans des conditions insalubres et non sécuritaires. Sachant que l'avortement mal pratiqué est une des causes de mortalité maternelle, cette situation amène également à réfléchir

dans un cadre plus global de santé de la mère et de l'enfant, un point qui figure parmi les Objectifs Millénaires du Développement. L'augmentation du nombre de viol sur les dernières décennies en l'occurrence à cause du conflit armé a poussé le gouvernement de la RDC à vouloir légiférer sur la question de l'autorisation de l'avortement. Plusieurs associations de défense des droits de la femme et des droits de la famille incluant les groupes religieux sont impliquées dans le débat mais la loi n'a pas encore été votée. Cette étude pourrait être utile pour orienter les réflexions sur le besoin de légaliser l'avortement ou pas.

Un autre aspect évalué dans cette thèse porte sur les conséquences sociales de la VSLC. Les résultats démontrent que l'expérience de la VSLC et le fait d'avoir un enfant issu d'un acte de violence sexuelle est socialement lourd de conséquences. En effet, les victimes de VSLC qualifient leur vie quotidienne de pénible, difficile et oppressive. Les normes sociales font que ces femmes sont pour la plupart ostracisées, étiquetées comme « mauvaises femmes », considérées comme responsables de ce qui leur est arrivé donc blâmées à la place de leurs agresseurs. Des réactions similaires ont été rapportées dans des études conduites sur la perception d'une agression sexuelle avec pénétration dans les sociétés occidentales où les hommes interrogés, en comparaison aux femmes avaient plus tendance à condamner les victimes que leurs agresseurs (Calhoun, Selby et al. 1976, Bell, Kuriloff et al. 1994, Nagel, Matsuo et al. 2005). Les victimes sont encore davantage blâmées lorsque le scénario présenté aux personnes interrogées indique que ces dernières ont réuni les conditions qu'il fallait pour que l'agression sexuelle soit perpétrée (ex. rentrer saoule la nuit en compagnie d'un inconnu rencontré dans un bar). Par ailleurs, une

bonne partie des femmes victimes de VSLC est répudiée par leur conjoint qui les accuse de l'avoir trompé, une situation inacceptable selon les normes socioculturelles locales. De plus, même si le support social est reconnu comme abondant dans les communautés noires (Taylor, Chatters et al. 2001, Brown 2008), surtout en cas d'évènements difficiles ou traumatisants, les participantes de notre étude rapportent pour la plupart une absence de soutien de la part de leur entourage (famille, belle-famille et amis). Parfois, le soutien est offert mais avec beaucoup de reproches, ce qui culpabilise encore plus la victime de VSLC.

Pour échapper aux insultes et aux médisances, la plupart des victimes n'ont d'autres solutions que de se déplacer (changer de milieu de vie) ou de s'isoler. Cette situation d'isolement peut contribuer à augmenter la sévérité des symptômes de détresse psychologique et des symptômes de PTSD et favoriser les idées suicidaires. Si peu de femmes qui ont pris part à l'étude ont rapporté avoir tenté de se suicider, quelques-unes ont indiqué connaître des femmes qui l'ont fait avec succès. Cet aspect contribue à expliquer l'effet adverse de la VSLC sur la santé mentale qui va parfois conduire à la décision de mettre fin à ses jours. En effet, une étude multi-pays de l'OMS a démontré que le risque d'idées suicidaires est assez élevé dans le groupe de personnes souffrant de troubles mentaux, les personnes souffrant d'anxiété étant plus à même de passer à l'acte (Nock, Hwang et al. 2009).

En réponse au traitement réservé aux femmes victimes de VSLC, d'autres participantes préfèrent garder le silence sur leur expérience de violence sexuelle. Elles décident de n'en

parler à personne dans leur environnement ou encore de se déplacer dans un nouvel endroit où personne n'est au courant de leur expérience. D'après une étude antérieure à la thèse (Ahrens 2006), ce besoin de garder le silence sur l'expérience de violence sexuelle serait motivé par trois types de réactions négatives auxquelles elles peuvent avoir à faire face. Ces réactions proviennent soit des professionnels de santé qui amènent à se questionner sur la nécessité de continuer à parler de la violence sexuelle subie, soit des amis qui renforcent le sentiment de culpabilité ou encore des professionnels ou amis qui renforcent l'incertitude quant aux expériences qui devraient être qualifiées de violence sexuelle. Dans le contexte de cette étude, la seconde raison est la plus rapportée.

Les éventuelles séquelles gynécologiques comme les fistules qui résultent d'un acte de VSLC sont une source supplémentaire de rejet pour les victimes de VSLC. En effet, des 18 participantes qui ont rapporté pendant leur entrevue avoir été répudiées dans le passé, la majorité (77.8%) appartiennent à la catégorie des femmes qui ont subi la VSLC et qui ont développé une fistule, une proportion supérieure aux autres. Ces résultats sont en accord avec les précédents travaux qui ont étudié le rejet social des femmes qui ont développé une fistule qui ne résultait pas d'un acte de violence sexuelle (Kabir, Iliyasu et al. 2003, Wall 2006, Ahmed and Holtz 2007).

Les récits des participantes sur leur vie quotidienne contribuent également à mieux comprendre l'effet que la VSLC a sur la perception de la procréation et donc sur le désir d'enfant. En effet, certaines femmes ont déclaré qu'en raison de la faible considération qu'elles ont de la part de leur conjoint, elles ont décidé de ne plus avoir d'autres enfants. Il s'agit de femmes qui assument totalement la charge de l'enfant issu de la VSLC et ce,

malgré leur faible revenu ou de femmes pour qui le mari refuse de prendre en charge les frais associés aux grossesses qu'elles ont eu avec lui après la naissance de l'enfant issu de la VSLC. D'autres fois, elles ont décidé de ne plus avoir d'enfant parce que le conjoint rejette celui issu de la violence sexuelle malgré tous leurs efforts et les éventuelles humiliations qu'elles acceptent de subir au quotidien. Les conditions socio-économiques précaires des femmes qui ont subi la VSLC peuvent également expliquer l'absence de désir d'enfant rapportée par la majorité d'entre elles. En effet, lorsque la femme est répudiée par son conjoint, rejetée par sa famille et sans aucune source de revenu pour subvenir à ses besoins et à ceux de ses enfants, il y a de plus grandes chances qu'elle ne désire plus avoir d'autres enfants. L'absence de désir d'enfant peut donc représenter une façon de ne pas empirer une situation déjà très précaire surtout s'il n'y a aucune certitude que le conjoint décide de poursuivre sa vie conjugale avec elle.

Toujours en termes de perception des enfants, l'impact social de la VSLC peut également influencer sur la relation que les femmes développent avec l'enfant issu de la violence sexuelle subie. En effet, les normes socioculturelles condamnent les femmes victimes d'actes de VSLC; encore plus lorsqu'en résulte une grossesse. Ceci a été souligné par une participante qui a déclaré que les disputes dans son foyer étaient très fréquentes tout au long de cette grossesse et ce, jusqu'à ce qu'elle décide de confier l'enfant issu de l'acte de violence sexuelle à ses parents. Cette situation peut pousser la mère à développer un sentiment d'animosité envers l'enfant issu d'un acte de violence sexuelle puisqu'il est en partie responsable des insultes et des remarques désobligeantes à son égard.

Par ailleurs, même si plusieurs des femmes ont été acceptées par leur mari après leur agression – avec plus ou moins de difficultés –, une seule a indiqué que son mari n'avait aucun problème avec l'enfant issu de cette agression sexuelle. Cet état de choses affecte toutes les participantes qui voient un enfant pour lequel elles ont tant souffert se faire maltraiter et de se sentir démunie pour lui venir en aide et modifier son contexte de vie. Aussi, même si leur instinct de mère les pousse à aimer l'enfant issu de l'acte de violence sexuelle, il n'est pas exclu que les attitudes du conjoint influencent le développement d'une réaction négative vis-à-vis de cet enfant.

6.1.2. Besoins de prise en charge et services disponibles

En marge des conséquences sanitaires et sociales de la VSLC, l'étude s'est intéressée aux besoins des victimes selon leur perception et les actions qui faciliteront au mieux leur réhabilitation. Il apparaît que le soutien psychosocial dont elles ont bénéficié les a aidées à surmonter bien de difficultés. Les groupes de discussion facilités par le *Collectif Alpha Ujuvi* ont aussi renforcé leur sentiment d'appartenance à un groupe, surtout pour celles qui ont perdu leur conjoint et leur famille; ils leur permettent de partager leurs expériences et peines avec des femmes qui ont vécu la même chose et qui du coup sont plus conciliantes. L'effet bénéfique du soutien social dans le rétablissement des femmes victimes de violence sexuelle a été rapporté dans plusieurs études retrouvées par une revue de littérature réalisée sur le sujet (Ullman 1999).

D'autres femmes qui ont bénéficié d'une assistance financière pour développer une activité génératrice de revenu, ont également souligné le bénéfice d'une telle intervention. En effet, ces femmes rapportaient l'avantage d'avoir une activité qui leur

occupe l'esprit donc leur évite de repenser en permanence à l'agression subie et surtout leur procure de quoi subvenir à leurs besoins et à ceux de leurs enfants. Mieux encore, cette activité génératrice de revenus leur permet de retrouver le sentiment d'être encore utiles et valorisées dans une société où les femmes représentent une source majeure de support pour les foyers.

Un autre type d'assistance offert par le *Collectif Alpha Ujuvi* et rapporté comme bénéfique, consiste en une médiation pour permettre aux victimes de VSLC d'être à nouveau acceptées dans leurs familles et par leurs conjoints. Dans le cadre de cette intervention, plusieurs rencontres ont lieu avec la famille ou avec le conjoint de la femme victime de VSLC qui en exprime le besoin. Un groupe composé d'une assistante sociale et de plusieurs femmes qui ont vécu la VSLC rend visite à la famille ou au conjoint pour expliquer que ce qui est arrivé n'est pas de la faute de la femme et ainsi faciliter sa réintégration. Même si la médiation ne s'est pas tout le temps soldée par un succès, elle a permis d'offrir à certaines femmes une chance de regagner le domicile conjugal.

6.1.3. Enfants issus de la violence sexuelle utilisée comme arme de guerre

Hormis les victimes de VSLC, l'utilisation de la violence sexuelle comme arme de guerre résulte en une situation qui compromet l'avenir des enfants issus de ces actes de violence. Tout comme leurs mères, ils sont stigmatisés et maltraités par les membres de leur famille et par leur entourage. Les réactions de l'entourage à leur égard font que ces enfants grandissent dans un climat hostile marqué par la violence, par l'intolérance et par le mépris; autant d'éléments qui compromettent leurs chances de devenir des adultes

épanouis. Par ailleurs, le refus des pères adoptifs de subvenir à leurs besoins fait qu'aucun d'entre eux n'est scolarisé, ce qui compromet davantage leur avenir.

Aussi, plusieurs témoignages des participantes démontrent qu'ils sont plus souvent identifiés aux responsables des actes de violence sexuelle que comme des victimes d'une situation qu'ils n'ont jamais souhaitée. Quant aux femmes victimes de VSLC, elles ont des sentiments variables vis-à-vis de l'enfant issu de cette agression qui vont du rejet à l'acceptation totale, principalement à cause des circonstances dans lesquelles il a été conçu. Au regard de tout ceci, il semble que l'imprégnation forcée des femmes congolaises pour les forcer à élever les enfants des membres des groupes armés produise l'effet escompté soit détruire le tissu social et faire naître une génération incapable d'assumer la relève. Il devient donc impératif d'offrir également aux enfants issus d'actes de violence sexuelle un meilleur cadre de vie si l'on veut limiter les impacts de la VSLC sur les générations futures.

Cette étude n'a pas investigué les perceptions des enfants issus d'actes de VSLC quant à leur vie au quotidien. Cependant, une étude conduite en Bosnie & Herzégovine s'est intéressée à la perception que les enfants de sexe féminin issus d'actes de VSLC ont d'elles-mêmes (Erjavec and Volčič 2010). Selon les résultats de l'étude, ces filles déclaraient avoir le sentiment d'être des boucs émissaires, celles qui ont le sang serbe qui coulent dans leurs veines. Cet état de choses peut également s'observer dans le contexte de notre étude puisque les enfants sont identifiés à leurs pères. Dans l'étude de Erjavec et al. 2010, certaines participantes se définissaient aussi comme des forces destructrices

dans leurs relations personnelles et ceci est profondément relié à une culpabilité internalisée. Il n'est donc pas impossible que le traitement réservé aux enfants issus d'actes de VSLC dans le contexte de notre étude crée à long terme des sentiments similaires. Puisque la présence de ces enfants suscite également plus d'insultes à l'égard de leur mère, ce sentiment de culpabilité pourrait être exacerbé.

6.2. Contributions à l'avancement des connaissances

À notre connaissance, aucune étude n'a évalué les effets de la VSLC sur les aspects de santé reproductive tels que les DPC, le désir de rapports sexuels et le désir d'enfant. Quelques études ont évalué la prévalence de fistule chez les femmes qui ont subi la VSLC mais aucune d'entre elles n'a inclut un groupe témoin, ce qui ne permet pas de conclure sur une association entre la VSLC et le développement d'une fistule. Avec nos deux groupes de comparaison (les femmes qui ont subi la VSNLC et celles qui n'ont jamais subi de violence sexuelle), nous avons pu démontrer qu'il existe une association entre la VSLC et tous ces aspects de santé reproductive.

Dans le domaine de la santé reproductive, nous avons également évalué le désir d'interruption de la grossesse issue de la violence sexuelle chez les femmes qui sont devenues enceintes par la suite d'un tel acte. Les proportions ont été comparées dans les deux groupes de femmes qui ont subi la violence sexuelle. Aucun des articles identifiés pendant la revue de la littérature n'a fait une telle comparaison surtout dans un contexte comme celui de la RDC où l'avortement est pénalement puni. Nous avons donc pu démontrer que, encore plus que celles qui sont victimes de VSNLC, les femmes qui ont subi la VSLC sont plus nombreuses à souhaiter interrompre la grossesse issue d'une telle

agression et déclarer qu'elles auraient avorté si les soins appropriés étaient offerts. Elles sont également plus nombreuses à faire des tentatives d'avortement dans des conditions insalubres et non sécuritaires.

Quelques études ont évalué l'impact spécifique de la VSLC sur la santé mentale et montré qu'elle est associée à une augmentation de la prévalence de PTSD et de troubles dépressifs (Johnson, Asher et al. 2008, Johnson, Scott et al. 2010, Lueger-Schuster, Gluck et al. 2012). Nos travaux, quant à eux, ont permis de montrer que la VSLC augmente la *sévérité des symptômes de détresse psychologique*, la *sévérité des symptômes de PTSD* et la probabilité de souffrir des troubles mentaux courants (incluant la dépression, les troubles anxieux et les troubles somatoformes). Une des contributions originales de cette thèse a été d'évaluer également le fardeau additionnel pour la santé mentale que constituent les problèmes de santé tels que les fistules et les DPC développés par les femmes qui ont expérimenté la VSLC. Cette thèse a permis de démontrer que le fait de souffrir de fistule ou de DPC module en augmentant la sévérité des symptômes de détresse psychologique et des symptômes de PTSD associés à la VSLC, un aspect très important pour la prise en charge des victimes de tels actes.

Une autre force originale de cette thèse est celle d'étudier l'influence qu'exerce la santé mentale sur le désir de rapports sexuels et le désir d'enfant. En effet, quelques-uns des articles identifiés se sont intéressés au taux de fécondité des populations en zone de conflits mais sans évaluer de manière spécifique l'effet de l'état de santé mentale. Nous

avons pu démontrer que le score de détresse psychologique élevé modulerait en diminuant le désir d'enfant chez les femmes qui ont subi la VSLC.

Pour finir, cette thèse a permis de faire la lumière sur l'étendue des adversités sociales auxquelles font face les victimes de VSLC, leur quotidien et comment elles sont perçues dans la société et ce, selon leur point de vue. Ceci a permis de faire le constat selon lequel les normes socio-culturelles façonnent les perceptions que la communauté congolaise a vis-à-vis de la violence sexuelle et donc la considération qu'elle a pour les femmes victimes de VSLC. Par ailleurs, notre angle d'analyse a permis de montrer que, de par le traitement qu'elle réserve aux victimes de VSLC, la société pourrait favoriser l'utilisation de la violence sexuelle comme arme de guerre et comme moyen de pression ou de négociation par les groupes armés. En effet, une partie non négligeable des effets escomptés dans l'utilisation de la violence sexuelle comme arme de guerre ne seraient pas atteints si la société se comportait autrement envers les victimes.

La discussion des résultats obtenus et leur contribution à l'avancement des connaissances ayant été complétées, nous aborderons dans la prochaine section les forces et les limites de la présente étude.

6.3. Forces de l'étude

Cette étude a plusieurs forces, la principale étant son devis qui a permis de comparer les femmes exposées à la VSLC à deux catégories de femmes : celles qui ont subi la VSNLC et celles qui n'ont jamais subi de violence sexuelle pendant leur vie. Ceci a permis de démontrer que la VSLC a des effets adverses pour les victimes, leur famille et leur

communauté, encore plus que la VSNLC dont les effets néfastes ont été démontrés au cours des deux dernières décennies. Aucune des études concernant les effets de la violence sexuelle utilisée comme arme de guerre n'a simultanément inclus ces deux groupes de référence ou encore pris en compte les femmes victimes de VSNLC pour mettre en évidence la sévérité de ses conséquences.

La seconde force de cette étude est d'avoir évalué les effets de la VSLC sur la santé reproductive et la santé mentale en utilisant simultanément plusieurs indicateurs. Ceci a permis non seulement d'évaluer l'effet de la VSLC séparément sur les issues de santé reproductive et de santé mentale mais également comment ces aspects de santé s'influencent mutuellement. Par ailleurs, l'étude des effets de la VSLC sur le plan social a permis d'évaluer les conséquences de l'exposition à ce type d'acte sur l'ensemble des dimensions qui caractérisent la femme : physique/reproductive, mentale/psychologique et sociale (interaction entre la personne et son environnement).

De plus, l'étude des conséquences sur le plan social a permis d'expliquer une partie des effets de la VSLC sur la santé mentale qui ne résulte pas directement de l'acte de VSLC. En effet, l'exclusion sociale des victimes de VSLC est une source de victimisation secondaire permanente, un aspect qui peut également contribuer à augmenter la sévérité de leurs symptômes de détresse psychologique ou de PTSD. Dans une étude antérieure, Campbell, R. et al. ont pu démontrer que le traumatisme d'une agression sexuelle avec pénétration (VSNLC) va bien au-delà de l'agression elle-même d'autant plus qu'une réaction négative de la part de la communauté peut significativement augmenter la détresse des victimes de violence sexuelle (Campbell, Wasco et al. 2001). Enfin, l'étude

des effets de la VSLC sur le plan social a également permis de ressortir l'influence non-négligeable des normes socioculturelles, qu'il serait important de considérer dans la mise en place d'interventions pour mettre fin aux violences sexuelles pendant le conflit de la RDC et assister les victimes dans leur réhabilitation.

Une autre force de cette étude réside dans la nature mixte du devis utilisé qui a permis de collecter simultanément et dans le même groupe de femmes des données quantitatives et qualitatives. Étant donné la nature de l'exposition étudiée (VSLC), et le fait qu'elle peut affecter l'ensemble des dimensions caractérisant la femme – dimensions qui sont inextricablement inter-reliées –, ce devis paraissait le plus approprié. De plus, l'utilisation de l'approche phénoménologique, la plus adaptée pour étudier le vécu et les perceptions de personnes qui ont eu une expérience particulière a permis d'expliquer certaines des associations trouvées avec les analyses statistiques.

Pour finir, la collaboration avec une ONG locale relativement bien connue dans la communauté est un élément qui a favorisé l'acceptation du projet de recherche et l'intérêt de la population à contribuer. Aussi, le recrutement de femmes qui travaillaient déjà au quotidien auprès de la communauté en incluant celles qui ont vécu des actes de violence sexuelle a permis de mettre plus facilement les femmes à l'aise pour qu'elles se confient sur des sujets particulièrement éprouvants. La collaboration avec le *Collectif Alpha Ujuvi* a également permis de rendre notre questionnaire plus culturellement sensible afin de mesurer les variables d'intérêt de manière effective.

6.4. Limites de l'étude

Cette thèse comporte aussi quelques limites, la première étant la nature transversale du devis utilisé pour la partie quantitative, devis qui ne prend pas en compte la notion de temporalité en ce qui concerne les variables d'exposition et d'issues de santé. Le devis transversal ne permet pas non plus de situer avec exactitude le moment où la participante a été exposée à la violence sexuelle et le moment où les issues d'intérêt ont été développées. Pour cette raison, nous ne pouvons conclure, que l'expérience de la VSLC cause les problèmes de santé étudiés. Cependant, un calendrier a été utilisé pour permettre aux femmes de situer avec précision le moment où les actes de violence sexuelle ont été subis. De plus, les questions sur les issues de santé ont été conçues pour permettre de mesurer les problèmes de santé qui ont été développés après l'expérience de violence sexuelle surtout pour les participantes qui ont déclaré avoir vécu un tel acte au cours de leur vie.

Il est également possible que notre définition d'un acte de violence sexuelle ait sous-estimé la prévalence de la violence sexuelle dans la population de femmes de Goma. En effet, l'éventail des actes de violence sexuelle proposée n'incluait pas les attouchements et les tentatives de viol. Cette définition jugée plus restreinte de la violence sexuelle a pour effet de produire des chiffres de prévalence de la violence sexuelle moins élevés (WHO 2002).

Une autre limite de l'étude réside dans la taille de l'échantillon qui a servi à faire les analyses statistiques. Cette taille était suffisante pour détecter les effets principaux de la

violence sexuelle sur les issues d'intérêt mais pas pour détecter quelques effets d'interactions qui voulaient également être étudiés (surtout après ajustement pour les confondants potentiels). Comme indiqué dans les résultats, plusieurs tests d'interaction n'ont pu être effectués à cause de la présence de zéros structurels. Hormis les zéros structurels, la présence de moins de cinq (5) participantes dans certaines cases des analyses stratifiées ne permettait souvent ni de faire de l'analyse stratifiée, ni d'avoir un résultat exploitable dans une analyse de régression logistique multiple avec un terme d'interaction multiplicative.

Pour des raisons pratiques, pour évaluer la santé mentale des participantes, il fallait utiliser des instruments qui non seulement ont déjà été validés dans la population congolaise ou dans des populations culturellement similaires mais ont également été traduit en Swahili pour permettre leur administration dans cette langue. Ainsi, le SRQ-20 et l'IES-R ont été choisis pour respectivement mesurer la sévérité des symptômes de détresse psychologique et de PTSD. Le seul inconvénient est que ces instruments ne permettent pas de diagnostiquer la présence de troubles mentaux, un point qu'il aurait été intéressant d'ajouter à ce travail. Même avec un point de césure, le score calculé avec le SRQ-20 ne permet que de dépister la présence d'un des troubles mentaux courants incluant la dépression, les troubles anxieux, les troubles somatoformes et d'autres troubles névrotiques (WHO 1994). Un score au-delà de 10 ne fait qu'indiquer que la participante est un cas probable de trouble mental courant. Quant à l'IES-R, il est recommandé de ne pas l'utiliser comme un instrument de diagnostic de la

présence/absence de PTSD puisque aucun point de césure ne fait l'unanimité dans la littérature.

Une partie des questions de l'étude (collecte des données démographiques, évaluation de l'état de santé général et des variables de santé reproductive) ont été adaptées de la littérature et n'ont pas fait l'objet de validation par traduction- retraduction (du Français vers le Swahili puis du Swahili vers le Français). Sachant que la quasi-totalité des entrevues ont été administrées en Swahili, cette étape aurait permis de renforcer la validité et la fiabilité de cette partie du questionnaire. Cependant, puisque les enquêtrices recrutées pour l'étude s'y connaissaient dans le domaine évalué et ont été formées avant le début de la collecte de données, et que ces instruments ont déjà été validés dans les populations africaines, il est peu probable que l'absence de traduction-retraduction ait pu nuire à la qualité des données.

Dans la recension d'écrits, il a été mentionné que les hommes subissent également la violence sexuelle pendant un temps de conflit même si cette thèse ne s'y intéresse pas. Par ailleurs, même si la plupart des hommes (encore plus que les femmes) ne rapportent pas leurs agressions sexuelles, la question des effets de tels actes sur leur santé physique, leur santé mentale et sur leur quotidien devrait être évaluée.

Après avoir fait part des forces et limites de cette étude, nous discuterons maintenant des questions de validité interne et externe des données qui ont été recueillies et analysées.

6.5. Validité des données

6.5.1. Validité interne

6.5.1.1. *Partie quantitative de l'étude*

En ce qui concerne la partie quantitative de l'étude, les associations observées ainsi que les conclusions qui ont été tirées ont pu être influencées par un biais de sélection ou d'information.

a. Biais de sélection

Afin d'assurer une représentativité de la population des femmes vivant dans la ville de Goma, nous avons sélectionné les femmes dans différents quartiers de la ville. Un message a été envoyé aux différents leaders communautaires pour inviter les femmes à participer à l'étude. Si ce moyen a permis d'obtenir différents profils de femmes en ce qui concerne l'exposition principale qui est la violence sexuelle, nous ne pouvons exclure la possibilité que les femmes qui ont subi la VSLC ou qui ont des problèmes particuliers aient été disproportionnellement attirées, ce qui aurait introduit un biais de sélection.

Cependant, puisque le message de recrutement ne mentionnait pas que le projet portait sur la violence sexuelle ou encore les problèmes de santé, la probabilité qu'un tel biais ait été introduit est faible. De plus, le message d'information de la communauté n'offrait pas non plus des soins de santé, ce qui aurait effectivement attiré de manière disproportionnée les femmes qui en ont besoin. Pour finir, les femmes victimes de VSLC qui ont eu des conditions telles que les fistules ou qui souffrent de détresse psychologique ou de stress

posttraumatique ont plutôt tendance à s'isoler et il serait peu probable qu'elles soient surreprésentées dans l'échantillon d'étude.

Il est important de noter que si la sélection de participantes dans la population générale a permis de recruter un échantillon assez représentatif elle a limité la participation des femmes qui ont vécu la VSLC et qui sont hospitalisées pour des raisons de santé. Par ailleurs, les femmes qui sont décédées par la suite de leur agression ne peuvent non plus être prises en compte dans les résultats. Il se peut donc que les mesures d'associations rapportées soient encore plus fortes si l'on considère les femmes hospitalisées et celles qui sont décédées suite à leur agression.

b. Biais d'information sur les variables de santé

En ce qui concerne les biais d'information, ils ont pu être introduits malgré les dispositions qui ont été prises tout au long de la recherche.

En effet, puisqu'il n'était pas possible de consulter les dossiers médicaux des participantes ni de diagnostiquer les fistules et les DPC, la classification des participantes s'est basée sur leurs déclarations. Cette absence de diagnostic ou de dossiers médicaux peut affecter la validité de la mesure des fistules et des DPC. De plus, les questions ont permis de relever les cas de fistule et de DPC développés uniquement après l'expérience de violence sexuelle pour celles qui l'ont vécu sans possibilité de faire la distinction entre les cas de fistule traumatique ou obstétrique. Par ailleurs, le fait que l'exposition à la violence sexuelle remonte à plusieurs mois voire à quelques années, les participantes surtout celles qui n'ont pas subi de violence sexuelle peuvent avoir plus de difficulté à se

rappeler leurs problèmes de santé et le moment où ceux-ci sont apparus. Ceci pourrait avoir occasionné une mauvaise classification différentielle des participantes si l'on considère que les femmes qui ont vécu la violence sexuelle pourraient mieux se rappeler de leurs problèmes de santé reproductive et du moment où il est apparu.

Cependant, la nature des variables de santé mesurées suggère que la probabilité qu'un tel biais se soit introduit dans les données est faible et que ceci n'a probablement pas grandement influencé les résultats. En effet, les fistules et les DPC sont des conditions trop graves et invalidantes pour qu'une femme oublie qu'elle en a souffert ou en souffre encore ainsi que le moment où cette condition est apparue.

En ce qui concerne les autres variables de santé reproductive telles que le désir d'enfant, le désir de rapports sexuels, elles ont été évaluées au moment de l'étude, donc elles sont moins sujettes à l'influence de la mémoire. Cependant, il n'est pas exclu que par pudeur les femmes aient indiqué des réponses qui diffèrent de la réalité. À ce moment, ce biais introduirait une mauvaise classification non différentielle qui a peu de chances de modifier les résultats obtenus.

Quant aux variables évaluant le désir des participantes d'interrompre la grossesse issue d'un acte de violence sexuelle et la pratique d'avortement, il y a peu de chances que leur validité soit remise en cause en raison d'un biais de mémoire. En effet, nous pensons qu'il est difficile pour une femme d'oublier si elle a désiré interrompre une grossesse ou si elle l'a fait. Par contre, la validité de la mesure de ces variables peut être influencée par un biais de désirabilité sociale, puisque l'avortement est pénalement puni en RDC et

fortement réprimé par l'église et les normes socioculturelles. Ce biais, si présent aurait conduit à une mauvaise classification non différentielle dont l'impact sur la validité serait limité. De plus, le fait d'avoir fait appel à des intervieweuses qui connaissent le contexte social a permis de limiter ce biais de désirabilité sociale et permis d'obtenir la mesure la plus valide possible de ces variables.

Pour finir, les instruments choisis ont permis d'évaluer l'état de santé mentale sur les 30 derniers jours précédant l'entrevue, ce qui réduit le risque de biais de mémoire. Par contre, l'utilisation du SRQ-20 avec un point de césure pour évaluer la probable présence de TMC a pu entraîner une mauvaise classification non différentielle des participantes. Cependant, les résultats obtenus avec la variable catégorisée étant similaire à ceux obtenus avec l'échelle continue (score de détresse psychologique), il est peu probable que cette mauvaise classification ait été assez importante au point de fausser les conclusions. De plus, le point de césure utilisé maximise la sensibilité et la spécificité du dépistage, ce qui limite les erreurs de classification pour cette variable.

c. Biais d'information sur l'exposition à la violence sexuelle

La principale source de biais dans la mesure de l'exposition étudiée est liée à la définition d'un acte de violence sexuelle qui varie selon les contextes et ce, même s'il existe une définition universelle. Par exemple, dans certains endroits, les commentaires déplacés et les avances sexuelles ou encore les attouchements ne sont pas perçus comme des actes de violence sexuelle. Il fallait donc que, dans la définition de l'exposition, la perception qu'a la société congolaise de la violence sexuelle soit prise en compte. Pour cela, les actes considérés dans cette étude comme de la violence sexuelle ont été sélectionnés à partir de

ceux proposés dans les travaux qui ont été effectués dans le contexte congolais et plus largement africain (enquête démographique de santé, études sur les cas de VSLC). Par ailleurs, la partie qualitative de cette étude a également permis de valider les actes inclus comme de la violence sexuelle dans le cadre de cette étude. En effet, toutes les participantes ont défini un acte de violence sexuelle comme un rapport sexuel non consenti.

En raison de la nature de l'exposition évaluée il se peut que certaines femmes n'aient pas déclaré qu'elles ont subi de tels actes par peur d'être stigmatisées (biais de désirabilité sociale). Ceci aurait conduit à une sous-estimation de la prévalence d'exposition à la violence sexuelle dans l'échantillon étudié. Par ailleurs, le biais de désirabilité sociale peut conduire à une mauvaise classification non différentielle puisqu'indépendante des variables dépendantes mesurées (exposition à la violence sexuelle a été mesurée avant les variables dépendantes d'intérêt dans le questionnaire). Bien que la possibilité de mauvaise classification ne puisse être exclue, nous pensons qu'elle a peu de chances d'influer sur les résultats obtenus pour plusieurs raisons. D'abord, dans l'information donnée aux participantes qui arrivent pour participer à l'étude, il était précisé que l'étude s'intéressait aux femmes de 15 à 45 ans pour justement éviter d'attirer l'attention de la communauté sur la problématique de violence sexuelle. Aussi, les participantes n'avaient probablement pas d'intérêt à cacher leur statut de victime puisque les entrevues ont été réalisées individuellement et non en groupe. Enfin, le fait d'avoir recruté comme intervieweuses des assistantes sociales qui connaissent parfaitement les techniques pour

mettre en confiance et aider les femmes à se confier a grandement réduit la possibilité de fausses déclarations.

d. Biais d'intervieweur

Il n'est pas impossible que les perceptions des intervieweuses aient influé sur leur manière de poser les questions et les réponses des participantes qui ont été rapportées. Pourtant, nous pensons que ceci n'a probablement pas eu une grande influence sur les résultats. En effet, les intervieweuses ont été formées sur la manière d'administrer le questionnaire et elles étaient assistées par la candidate pendant l'administration. La formation a permis également d'insister sur l'importance de rapporter les propos des participantes de la manière la plus fidèle possible. La journée de pré-test a aussi permis de s'assurer que les intervieweuses étaient en mesure de rapporter les déclarations de la manière la plus fidèle possible. Pour finir, aucune des hypothèses de recherche n'a été dévoilée aux intervieweuses, donc il y a une faible possibilité que ces dernières aient modifié les réponses de sorte à ce que la recherche aboutisse aux résultats escomptés.

e. Biais lié à l'effet de confusion résiduel

Dans cette étude, plusieurs variables considérées comme potentiellement confondantes ont été mesurées. Toutes les mesures d'association calculées ont été ajustées pour ces variables afin d'éliminer leurs effets. Pourtant, il est impossible d'exclure la présence d'un effet de confusion résiduel qui pourrait provenir d'un ajustement effectué avec une variable qui a été mal mesurée. L'effet de confusion résiduel peut également être lié à une variable qui n'a pas été mesurée et dont l'effet n'a pu être contrôlé lors des analyses.

6.5.1.2. Partie qualitative de l'étude

Pour les études qualitatives basées sur une approche phénoménologique, on parle de critères de rigueur plutôt que de validité interne (Devers 1999). Dans les lignes qui suivent chacun de ces critères sera présenté et les mesures prises pour les garantir seront détaillées.

Le premier critère de rigueur est *la crédibilité ou l'authenticité* qui désigne la véracité des résultats telle que vue à travers les yeux de ceux que l'on interroge et dans le contexte dans lequel la recherche s'est déroulée. Pour prendre en compte ce critère, les entrevues ont été menées dans la langue de convenance des participantes pour leur permettre de s'exprimer sans restriction. Les échanges qui ont eu lieu au cours de l'entrevue ont également été enregistrés afin de rapporter les propos des participantes de la manière la plus fidèle possible. Un groupe de discussion avec les victimes de VSLC à la fin des entrevues aurait permis de s'enquérir de l'avis des participantes sur les résultats de l'analyse thématique des récits. Mais ceci n'a pu être fait en raison des délais trop serrés et du retard accumulé lors des premières semaines de collecte en raison de la reprise des combats dans la région en juillet 2012.

Le second critère, *la transférabilité*, désigne la mesure dans laquelle on peut transférer les résultats à d'autres contextes (généralisation théorique). Une description claire et détaillée de l'environnement où l'étude a été conduite, des normes socioculturelles et de la place de la femme dans la société congolaise permet d'identifier les contextes dans lesquels les résultats peuvent s'appliquer.

Les *critères de fiabilité, consistance et imputabilité procédurale* désignent la mesure dans laquelle la recherche produirait des résultats similaires ou consistants si elle était menée telle que décrite, en considérant tous les facteurs susceptibles d'avoir affecté les résultats de l'étude. Ces critères de rigueur ont été satisfaits grâce aux mesures suivantes : un journal de bord qui décrit le déroulement de la recherche (entrevues, méthode de codification et d'analyse des données), les notes méthodologiques et la description des changements apportés à l'étude et leurs motifs.

Quant aux derniers critères représentés par *la confirmabilité et la neutralité*, ils recommandent une production d'évidences corroborant les résultats, provenant des participants et du contexte de la recherche et non des biais, motivations et perspectives du chercheur. Pour remplir ce critère, la candidate a fait abstraction de ses préjugés pendant les entrevues et a analysé les récits à l'aide d'un codage ouvert, recommandé pour faire émerger l'ensemble des thèmes qui figurent dans les déclarations des participantes et pas seulement ceux qui proviennent d'un cadre conceptuel. Les résultats du codage ont été ensuite discutés avec la directrice de recherche, étape qui a permis de s'assurer que les codes décrivaient bien les idées auxquels ils étaient associés. Les modifications qui ont été apportées à la grille de codage au fil de l'analyse ont été également notées. Pour finir, le cadre issu de la théorisation ancrée a été construit avec les résultats des analyses de co-occurrence entre les thèmes (faite avec le logiciel QDA Miner) et non à partir des sentiments de la candidate et de ses préjugés.

6.5.2. Validité externe

En termes de validité externe, le fait que l'étude ait été conduite dans quelques quartiers de la ville de Goma peut limiter sa généralisation à l'ensemble des provinces de l'Est de la RDC en proie au conflit armé. Contrairement à ce qui été prévu lors de la conception de la recherche, la collecte de données n'a pas pu se faire dans les camps de réfugiés situés aux alentours de la ville de Goma pour s'assurer de recruter des participantes aux profils variés. La conséquence serait que les résultats obtenus ne seraient pas nécessairement applicables à l'ensemble des femmes de la province. Par contre, le fait de sélectionner les participantes dans la population générale et non parmi celles qui sont dans les camps de réfugiés ou celles qui utilisent les services d'un organisme humanitaire a permis de diversifier le profil des répondantes.

Par ailleurs, en raison de l'insécurité liée au conflit, au cours de ces dernières années, des familles entières se sont déplacées des villages situés aux alentours vers la ville de Goma. Même en restant dans les quartiers de la ville, il est donc fort possible que l'échantillon sélectionné soit représentatif des femmes de la province du Nord-Kivu.

De plus, l'analyse des caractéristiques démographiques de notre échantillon montre qu'il serait assez représentatif des femmes de la province du Nord Kivu selon les résultats indiqués dans l'EDS 2007 de la RDC (Ministère and Macro 2008). Les caractéristiques étaient similaires en termes de niveau d'éducation, de statut matrimonial et de nombre d'enfants mis au monde (moyenne par femme). Aussi, la prévalence de la violence sexuelle calculée dans notre échantillon est similaire à celle rapportée dans une étude qui

a été faite à plus grande échelle dans la province du Nord-Kivu avec plus d'un millier de participants (Johnson, Scott et al. 2010).

Pour participer à l'étude, les femmes qui se présentaient devaient donner leur consentement libre et éclairé. Cette auto-sélection pourrait bien nuire à la généralisabilité de l'étude à d'autres contextes. Pourtant, nous pensons que ceci n'a eu que peu d'effet pour deux raisons. Aucune des femmes qui se sont présentées pour participer à l'étude n'a refusé de participer après avoir été informée du but de l'étude. De plus, l'utilisation de l'âge comme seul critère d'inclusion et d'exclusion a favorisé le recrutement d'un échantillon de femmes assez représentatif de la population. En résumé, les résultats de cette étude pourraient être généralisés aux femmes de 15 à 45 ans, victimes de VSLC dans les pays affectés par un conflit armé dans lequel la violence sexuelle a été utilisée comme arme de guerre et dont les normes socioculturelles sont similaires à celles de la société congolaise.

Les forces et les limites ainsi que les validités interne et externe de l'étude ayant été discutées, nous aborderons dans la prochaine section les implications de ce travail pour la recherche et l'intervention.

6.6. Implications pour la recherche et l'intervention

Cette thèse a permis de montrer que la VSLC a des effets adverses sur la santé reproductive et la santé mentale des victimes. De plus, le fait de souffrir d'une condition de santé reproductive ou de santé mentale affecte l'autre dimension de la santé qui a été évaluée. Pour finir, nous avons pu démontrer que l'expérience de la VSLC est également

lourde de conséquences sur le plan social, et une partie des adversités auxquelles font face les victimes pourraient contribuer à expliquer leur état de santé mentale et les déclarations qu'elles ont faites sur certaines issues de santé reproductive.

À notre avis, les futures recherches sur la violence sexuelle dans les pays dévastés par les conflits armés devraient porter une attention particulière aux points suivants : 1) distinguer la violence sexuelle utilisée comme arme de guerre de la violence sexuelle dans le contexte de guerre; 2) adopter une perspective de parcours de vie pour évaluer l'effet cumulé de la violence sexuelle; 3) prendre en compte les problèmes de santé physique lorsqu'on évalue la santé mentale; 4) prendre en compte la santé mentale lorsqu'on étudie les aspects de santé reproductive des populations qui vivent en zones de conflits; 5) prendre en compte les normes socioculturelles quand il s'agit d'étudier des problématiques sociales comme la violence sexuelle et en plus large la violence; et 6) prendre en compte le pouvoir des femmes sur leurs corps et leur choix de reproduction. Par ailleurs, les futures études devraient également se pencher sur la question des effets de la violence sexuelle (liée ou non à un conflit armé) sur la santé physique, la santé mentale et le vécu quotidien des hommes (considération par la société, interaction avec l'entourage, etc.). Ceci permettrait entre autres de documenter les problèmes auxquels ces derniers sont confrontés et de mettre au point des moyens de prise en charge plus appropriés.

En période de conflit armé, les structures et les institutions des pays sont entièrement désorganisées. La flambée de la violence liée au combat modifie également les

comportements des citoyens. Même si les cas de violence sexuelle couramment rapportés dans un tel contexte sont commis par les groupes armés qui s'affrontent, une proportion non négligeable de ceux-ci sont commis par les civils (HSR-Group 2012). En effet, les tensions et les conditions de vie liées au conflit contribuent à augmenter l'ampleur de la violence conjugale et des crimes d'opportunité commis par des citoyens ordinaires (Clark, Everson-Rose et al. 2010, HSR-Group 2012). Par contre, les actes commis par les civils n'ont pas nécessairement pour objectif d'humilier, de compromettre la survie et de détruire l'ensemble du tissu social d'une communauté donnée. Pour isoler les effets spécifiques à la violence sexuelle utilisée comme arme de guerre, il devient donc primordial de faire une distinction entre les personnes qui l'ont subi et celles qui ont subi un acte de violence dans le contexte de guerre, représentée ici par la catégorie VSNLC.

Notre seconde suggestion va au-delà de faire la différence entre violence sexuelle utilisée comme arme de guerre et violence sexuelle dans un contexte de guerre. Il s'agit d'évaluer l'effet cumulé de la violence sexuelle subie tout au long du parcours de vie. Dans notre cas précis, ceci reviendrait à évaluer l'effet de l'exposition à plusieurs actes de violence sexuelle au cours de sa vie. Les participantes seront réparties dans les groupes selon qu'elles ont vécu la VSLC en plus de la VSNLC, la VSLC uniquement, la VSNLC uniquement et aucune forme de violence sexuelle sur leur parcours de vie. Ceci permettrait de déterminer si l'expérience antérieure ou postérieure de VSNLC modifie également les effets de la VSLC. Mieux encore, les moments où les actes de VSNLC ont été subis (enfance, adolescence, adulte) pourraient être identifiés. Ceci permettrait de déterminer si les effets de la violence sexuelle sur la santé sont variables en fonction du

moment de la vie où l'on subit l'agression. Aucun de ces deux aspects n'a pu être cerné dans notre étude parce que dans l'échantillon peu de femmes avaient subi à la fois la VSLC et la VSNLC. De plus, le nombre de femmes qui ont subi la violence sexuelle n'était pas assez élevé pour créer des sous-groupes selon le moment où la violence sexuelle a été subie. Une étude d'envergure provinciale en RDC incluant un grand nombre de femmes pourrait permettre d'évaluer ces aspects.

Plusieurs études antérieures à cette thèse se sont intéressées aux effets de la violence sexuelle sur la santé mentale. Malheureusement, aucune de celles qui ont été identifiées n'a évalué l'effet additionnel d'une issue de santé reproductive résultant de l'agression qui a été subie. Pourtant, il est possible que le fait de développer une condition physique à la suite de l'expérience de la violence sexuelle puisse modifier l'effet de l'agression sur la santé mentale, surtout si cette condition est chronique ou grave. Par ailleurs, d'autres études antérieures à cette thèse suggèrent que la santé mentale est impliquée dans la relation entre la violence sexuelle et le fonctionnement physique. Par contre, aucune d'elles n'a évalué le rôle de la santé mentale dans la relation entre la violence sexuelle et les variables telles que le désir d'enfant ou le désir de rapports sexuels. Pourtant, l'impact de la violence sexuelle sur de tels désirs pourrait être plus fort chez les femmes qui ont des problèmes de santé mentale, particulièrement si ces problèmes sont directement reliés à la violence sexuelle. La prise en compte de ces deux aspects est importante non seulement pour l'avancement des connaissances dans le domaine de la violence sexuelle mais également pour la conception d'interventions appropriées aux besoins des victimes.

L'approche phénoménologique utilisée dans cette étude a permis de démontrer qu'au-delà du traumatisme physique, les réactions des communautés – qui sont guidées par les normes socioculturelles – contribuent de façon non négligeable au fardeau porté par les survivantes de VSLC de la province du Nord-Kivu. Si ce volet n'avait pas été étudié, il aurait été impossible de mettre à jour que les réactions négatives de la communauté peuvent contribuer à aggraver la détresse psychologique des survivantes et que ce point doit être considéré lors de la conception d'interventions dans les pays en proie aux conflits armés.

Cette thèse permet également de faire d'intéressantes suggestions en ce qui concerne les interventions dans les pays en conflit. De manière générale, l'aide humanitaire dans les pays en conflit fournit du matériel d'urgence, de la nourriture et les soins de santé de base. Dans le cas de la RDC, dans les capitales des provinces affectées par le conflit (Nord et Sud Kivu), des organismes ont mis en place des structures de prise en charge des conditions plus graves comme les fistules. Il en est autrement de la prise en charge psychosociale des femmes victimes de VSLC puisque les soins de santé mentale sont généralement peu disponibles dans les pays développés et particulièrement en Afrique. Sur ce plan, la RDC ne fait pas partie des exceptions.

Les résultats obtenus avec cette étude indiquent que les victimes de VSLC doivent bénéficier d'une prise en charge holistique qui prend en compte les effets de leur agression sur leur santé reproductive comme sur leur santé mentale. Plus spécifiquement, les soins appropriés pour les conditions graves pouvant résulter de la VSLC comme les

fistules doivent être systématiquement offerts et ce, de manière extensive. Mieux encore, s'il s'avère que la majorité des cas de fistules résulte d'une mauvaise prise en charge sanitaire des victimes enceintes au moment de leur agression, alors il est nécessaire de mieux former les professionnels de santé qui les soignent et surtout de les rendre disponibles et accessibles. Ceci permettrait de limiter le nombre de cas de fistules, une condition qu'il faut à tout prix prévenir comme le souligne l'Assemblée Générale des Nations Unies (UN 2012), surtout que l'opération n'est pas toujours un succès. En parallèle, les femmes victimes de VSLC doivent pouvoir bénéficier d'une prise en charge psychosociale qui leur permettrait entre autres d'accepter l'agression sexuelle vécue et de réapprendre à vivre au quotidien avec ce fait. Les bénéfices d'une telle intervention ont été bien décrits par les victimes de VSLC qui ont déclaré que le fait de rejoindre le groupe de soutien et de parler avec des femmes qui ont vécu la même chose qu'elles leur a permis de retrouver goût à la vie (voir article 3).

Les interventions doivent également comporter un volet thérapeutique dont le but sera de diminuer significativement la sévérité des symptômes de détresse psychologique et de PTSD. Une revue systématique de la littérature faite en 2011 a permis d'identifier quelques formes de thérapies cognitives qui peuvent réduire la sévérité des symptômes de dépression et de PTSD chez les femmes qui ont subi des actes de violence pendant un conflit armé (Dossa and Hatem 2012).

Un des aspects qu'il est important de retenir est que l'adaptation de ces thérapies au contexte culturel permet d'obtenir une intervention plus pertinente mais surtout plus efficace dans la réduction de la sévérité des symptômes dépressifs et posttraumatiques. Il

faut aussi tenir compte du fait que ces femmes vivent dans des contextes de pauvreté et d'économie de subsistance et qu'il leur faudra des ressources additionnelles pour pleinement bénéficier des interventions visant la santé mentale.

Le fait que les femmes qui ont développé des problèmes de santé additionnels après avoir subi la VSLC (fistules, DPC) présentent des symptômes de détresse psychologique et de PTSD plus sévères est un bon indicateur du fait que ces dernières pourraient avoir des besoins différents. Les programmes de réhabilitation des femmes victimes de VSLC devraient également prendre en compte cet aspect au cours de leur conception.

Par ailleurs, une expertise de taille a été développée par le centre de réhabilitation pour les victimes de torture¹⁵ qui a déjà procuré une assistance à de nombreuses personnes provenant de près de 65 pays. Leur programme conçu pour assister les victimes sur les plans médical, psychologique, social et juridique peut servir de modèle à la RDC.

Au-delà des soins de santé physique et psychologique, cette thèse montre que la réhabilitation des femmes victimes de VSLC doit comporter un volet de réinsertion économique. En effet, les participantes ont pour la plupart reconnu que le fait d'avoir une activité économique permet de subvenir à leurs besoins tout comme ceux de leurs familles et ceci leur est une grande source de fierté. Elles ont aussi confié que le fait d'avoir une activité génératrice de revenu leur permet de s'occuper l'esprit et de moins ressasser leur expérience de violence sexuelle, ce qui a eu un impact positif sur leur vie. Des projets de développement économique tels que les coopératives agricoles sont des exemples de moyens peu coûteux d'offrir aux femmes une source de revenus, surtout

¹⁵ <http://ptvla.org/>

qu'en raison du conflit armé la nourriture se fait plus rare et coûte plus cher. En offrant une source de revenus aux femmes qui sont dans le besoin, on limite également tous les problèmes de famine et de malnutrition.

Les résultats de la présente étude montrent aussi qu'il est fort probable que les interventions destinées aux femmes victimes de VSLC n'auront que des effets limités si l'on n'éduque pas simultanément les communautés (conjoint, membres de la famille, etc.) pour que les individus cessent de répudier, rejeter et stigmatiser les victimes. En effet, même si la victime reçoit les soins de santé appropriés, les effets bénéfiques de ces derniers seront limités si elle ne bénéficie pas d'un support social, si elle continue de subir une victimisation secondaire ou encore si elle est incapable de parler de son expérience sans se faire juger et insulter. Bien entendu, comme le soutient Rose (Rose 1985), il est bien plus difficile d'intervenir et de modifier ces normes mais le succès du reste des actions en dépend. Des campagnes à l'échelle nationale, devraient être mises sur pied dès maintenant pour sensibiliser les citoyens congolais aux réalités que vivent les femmes victimes de VSLC et les encourager à les accepter et à les soutenir moralement. Indirectement, ces campagnes, en limitant les effets de la VSLC, pourraient limiter son utilisation par les groupes armés comme moyen de destruction et d'humiliation.

Des campagnes devraient aussi être menées pour favoriser l'acceptation des enfants issus d'actes de VSLC. Ceci permettrait d'offrir la possibilité aux enfants qui se retrouvent prisonniers d'une situation qu'ils n'ont pas souhaitée de grandir dans un milieu qui leur est moins hostile. Une étude récente effectuée auprès d'enfants issus de VSLC en Bosnie

& Herzégovine montre que ces derniers portent toute leur vie le fardeau d'avoir été engendrés par un père qualifié de monstre et d'être considéré comme l'ennemi de sa propre communauté (Erjavec and Volčič 2010). Une communauté plus accueillante pourrait faciliter leur vie déjà bien difficile et augmenter leurs chances de réussite comme tous les enfants de ce monde. Ceci diminuerait également la souffrance des mères d'enfant issu d'un acte de VSLC qui sont doublement affectées lorsque la communauté s'acharne sur cet enfant. Même si cet enfant leur rappelle un évènement aussi douloureux que leur agression sexuelle, elles ne renoncent pourtant pas à s'en occuper, principalement parce qu'elles sont dans l'incapacité de les abandonner. La plupart ne supportent pas non plus de voir l'enfant pour lequel elles ont "tant souffert" et essuyé beaucoup d'affronts se faire maltraiter par l'entourage et par la communauté.

Un autre élément qui pourrait alléger les souffrances des survivantes et offrir une meilleure chance aux enfants issus de viols serait la mise en place d'un système qui permettrait aux mères de les faire adopter. À ce moment, les mères qui ne se sentent pas capables de s'occuper de l'enfant issu de l'acte de VSLC ou de subvenir à ses besoins pourraient le faire adopter et lui donner la chance d'avoir un meilleur avenir.

Eu égard au nombre de femmes qui sont tombées enceintes après avoir subi un acte de VSLC et qui ont souhaité avorter, nous ne pouvons finir cette section sans mentionner qu'une intervention devrait être offerte pour les assister sur cet aspect. Cette intervention devrait comporter un volet conseil qui permettra à la femme de faire le tour de ses options

et de décider en connaissance de cause du geste qu'elle va poser. Cette assistance peut se faire sous la forme d'un accompagnement psychosocial tout au long de la gestation.

CHAPITRE 7 : Conclusion

Les résultats de la présente étude nous permettent de conclure que l'expérience de VSLC est associée à des effets adverses tant sur le plan de la santé reproductive et de la santé mentale que sur le plan social. Ils permettent également de dire que ces différentes dimensions de la femme sont composées de variables qui s'influencent mutuellement, ce qui justifie les recommandations pour le développement d'interventions multidimensionnelles. Les conséquences sont tout aussi fâcheuses pour les victimes, que pour les enfants issus des actes de VSLC.

Afin de s'assurer que ces résultats s'appliquent à l'ensemble de la population congolaise, il serait souhaitable qu'une étude similaire soit conduite dans une population de plus grande taille et si possible à l'échelle des deux provinces de l'Est qui ont été touchées par le conflit armé de la RDC. Il serait aussi intéressant de conduire une étude similaire avec les hommes qui ont subi des actes de VSLC. En effet, même si les femmes sont les principales cibles en temps de conflit, les hommes ne sont pas pour autant complètement épargnés et les actes¹⁶ rapportés sont tout aussi barbares (Sivakumaran 2007, Muiderman 2013).

Le défi particulier que pose la violence sexuelle est qu'il faut s'assurer d'offrir une prise en charge aux victimes mais qu'il faut avant tout prendre des mesures pour empêcher la survenue de nouveaux cas. Dans un cas comme dans l'autre le gouvernement de la RDC devra faire beaucoup d'efforts pour subvenir aux besoins de sa population.

D'une part, il faut que des actions sérieuses soient entreprises pour mettre fin au conflit qui accable des communautés entières depuis 17 ans. D'autre part, il faut rendre

¹⁶ Viol, stérilisation forcée, mutilation des parties génitales, etc.

disponibles et accessibles les soins requis pour réparer les séquelles physiques et gynécologiques des victimes et soulager les symptômes de détresse psychologique et de PTSD liés au traumatisme subi. Ceci nécessitera des moyens financiers, des infrastructures mais aussi des agents formés pour une prise en charge appropriée des femmes victimes de VSLC en termes de santé reproductive et de santé mentale.

En plus, il faudra travailler à modifier les normes socioculturelles et changer les idées reçues selon lesquelles la femme est la dépositaire de l'honneur de la famille et la propriété des hommes pour que les victimes et les enfants issus des actes de VSLC ne soient plus ostracisés, rejetés et stigmatisés par leurs proches (conjoint, famille, amis, collègues, etc.). C'est à cette seule condition qu'on empêchera l'utilisation de la violence sexuelle comme arme de guerre de produire les effets escomptés, soit détruire les liens familiaux et communautaires d'un clan/groupe/ethnie et conduire à l'extinction de ce dernier. Ces actions sont nécessaires dans l'intérêt des victimes de VSLC mais aussi de leurs enfants qui auront de meilleures chances de contribuer au développement de leur communauté et par extension de leur pays.

RÉFÉRENCES

- Abbo, C., S. Ekblad, P. Waako, E. Okello, W. Muhwezi and S. Musisi (2008). "Psychological distress and associated factors among the attendees of traditional healing practices in Jinja and Iganga districts, Eastern Uganda: a cross-sectional study." Int J Ment Health Syst **2**(1): 16.
- Ahmed, S. and S. A. Holtz (2007). "Social and economic consequences of obstetric fistula: Life changed forever?" International Journal of Gynecology & Obstetrics **99**, **Supplement 1**(0): S10-S15.
- Ahrens, C. E. (2006). "Being Silenced: The Impact of Negative Social Reactions on the Disclosure of Rape." American Journal of Community Psychology **38**(3-4): 263-274.
- Al-Tawil, N. G. (2012). "Association of violence against women with religion and culture in Erbil Iraq: a cross-sectional study." BMC Public Health **12**: 800.
- Alio, A. P., H. M. Salihu, P. N. Nana, H. B. Clayton, A. K. Mbah and P. J. Marty (2011). "Association between intimate partner violence and induced abortion in Cameroon." Int J Gynaecol Obstet **112**(2): 83-87.
- Amone-P'Olak, K. (2005). "Psychological impact of war and sexual abuse on adolescent girls in Northern Uganda." Intervention: International Journal of Mental Health, Psychosocial Work & Counselling in Areas of Armed Conflict **3**(1): 33-45.
- Andreani, J.-C. and F. Conchon (2005). Methodes d'analyse et d'interpretation des etudes qualitatives. ESCP-EAP.
- Anema, A., M. R. Joffres, E. Mills and P. B. Spiegel (2008). "Widespread rape does not directly appear to increase the overall HIV prevalence in conflict-affected countries: so now what?" Emerg Themes Epidemiol **5**: 11.
- Araya, M., J. Chotai, I. H. Komproe and J. T. de Jong (2007). "Effect of trauma on quality of life as mediated by mental distress and moderated by coping and social support among postconflict displaced Ethiopians." Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care & Rehabilitation **16**(6): 915-927.
- Baaz, M. E. and M. Stern (2009). "Why Do Soldiers Rape? Masculinity, Violence, and Sexuality in the Armed Forces in the Congo (DRC)." International Studies Quarterly **53**(2): 495-518.
- Basile, K. C., I. Arias, S. Desai and M. P. Thompson (2004). "The differential association of intimate partner physical, sexual, psychological, and stalking violence and posttraumatic stress symptoms in a nationally representative sample of women." J Trauma Stress **17**(5): 413-421.
- Bastick, M., K. Grimm and R. Kunz (2007). Sexual violence in armed conflict : Global overview and Implications for the security sector. Geneva, Switzerland, Geneva Centre for the Democratic Control of Armed Forces.

- Bawah, A. A., P. Akweongo, R. Simmons and J. F. Phillips (1999). "Women's fears and men's anxieties: the impact of family planning on gender relations in northern Ghana." Stud Fam Plann **30**(1): 54-66.
- Begum, R. A. (1999). "A review of reproductive health situation in Bangladesh." J Prev Soc Med **18**(1): 66-73.
- Beitchman, J. H., K. J. Zucker, J. E. Hood, G. A. daCosta and D. Akman (1991). "A review of the short-term effects of child sexual abuse." Child Abuse Negl **15**(4): 537-556.
- Bell, S. T., P. J. Kuriloff and I. Lottes (1994). "Understanding Attributions of Blame in Stranger Rape and Date Rape Situations: An Examination of Gender, Race, Identification, and Students' Social Perceptions of Rape Victims1." Journal of Applied Social Psychology **24**(19): 1719-1734.
- Benagiano, G., S. Carrara and V. Filippi (2010). "Social and ethical determinants of human sexuality: 2. Gender-based violence." Eur J Contracept Reprod Health Care **15**(4): 220-231.
- Betancourt, T. S., L. Speelman, G. Onyango and P. Bolton (2009). "A qualitative study of mental health problems among children displaced by war in northern Uganda." Transcultural Psychiatry **46**(2): 238-256.
- Beyeza-Kashesya, J., A. M. Ekstrom, F. Kaharuza, F. Mirembe, S. Neema and A. Kulane (2010). "My partner wants a child: a cross-sectional study of the determinants of the desire for children among mutually disclosed sero-discordant couples receiving care in Uganda." BMC Public Health **10**: 247.
- Bonomi, A. E., M. L. Anderson, F. P. Rivara and R. S. Thompson (2007). "Health outcomes in women with physical and sexual intimate partner violence exposure." Journal of Women's Health **16**(7): 987-997.
- Born, L., C. N. Soares, S. D. Phillips, M. Jung and M. Steiner (2006). "Women and reproductive-related trauma." Ann N Y Acad Sci **1071**: 491-494.
- Bott, S., A. Morrison and M. Ellsberg (2005). Preventing and responding to gender-based violence in middle and low-income countries: a global review and analysis, World Bank Policy Research Working Paper 3618, June 2005.
- Bourassa, D. and J. Berube (2007). "The prevalence of intimate partner violence among women and teenagers seeking abortion compared with those continuing pregnancy." J Obstet Gynaecol Can **29**(5): 415-423.
- Bourke, J. (2006). War and violence. Thesis Eleven, **86** (1), 23-38.
- Boyer, D. and D. Fine (1992). "Sexual abuse as a factor in adolescent pregnancy and child maltreatment." Fam Plann Perspect **24**(1): 4-11, 19.
- Braeckman, C. (2012). L'homme qui répare les femmes : Violences sexuelles au Congo, le combat du Docteur Mukwege. Bruxelles.
- Brener, N. D., P. M. McMahon, C. W. Warren and K. A. Douglas (1999). "Forced sexual intercourse and associated health-risk behaviors among female college students in the United States." Journal of Consulting & Clinical Psychology **67**(2): 252-259.

- Brown, D. L. (2008). "African American Resiliency: Examining Racial Socialization and Social Support as Protective Factors." Journal of Black Psychology **34**(1): 32-48.
- Buambo-Bamanga, S. F., P. Oyere-Moke, A. L. Gnekoumou, G. Nkhouabonga and J. R. Ekoundzola (2005). "Sexual violence in Brazzaville." Sante **15**(1): 31-35.
- Büscher, K. and K. Vlassenroot (2010). "Humanitarian presence and urban development: new opportunities and contrasts in Goma, DRC." Disasters **34**: S256-S273.
- Buss, D. E. (2009). "Rethinking "rape as a weapon of war"." Feminist Legal Studies **17**: 145-163.
- Buzi, R. S., M. L. Weinman and P. B. Smith (2007). "The relationship between adolescent depression and a history of sexual abuse." Adolescence **42**(168): 679-688.
- Byrne, P. (1984). "Psychiatric morbidity in a gynaecology clinic an epidemiological survey." Br J Psychiatry **144**: 28-34.
- Caldwell, J. and P. Caldwell (1990). "High fertility in sub-Saharan Africa." Sci Am. **262**(5): 118-125.
- Calhoun, L. G., J. W. Selby and L. J. Warring (1976). "Social Perception of the Victim's Causal Role in Rape: An Exploratory Examination of Four Factors." Human Relations **29**(6): 517-526.
- Campbell, J. (2002). "Health consequences of intimate partner violence." Lancet **359**: 1331-1336.
- Campbell, J., A. S. Jones, J. Dienemann, J. Kub, J. Schollenberger, P. O'Campo, A. C. Gielen and C. Wynne (2002). "Intimate partner violence and physical health consequences." Arch Intern Med **162**(10): 1157-1163.
- Campbell, R., C. E. Ahrens, T. Sefl, S. M. Wasco and H. E. Barnes (2001). "Social Reactions to Rape Victims: Healing and Hurtful Effects on Psychological and Physical Health Outcomes." Violence and Victims **16**(3): 287-302.
- Campbell, R., L. F. Lichty, M. Sturza and S. Raja (2006). "Gynecological health impact of sexual assault." Research in Nursing and Health **29**(5): 399-413.
- Campbell, R., S. M. Wasco, C. E. Ahrens, T. Sefl and H. E. Barnes (2001). "Preventing the "Second Rape": Rape Survivors' Experiences With Community Service Providers." Journal of Interpersonal Violence **16**(12): 1239-1259.
- Carey, R., C. Healy and D. E. Elder (2010). "Foreign body sexual assault complicated by rectovaginal fistula." Journal of Forensic & Legal Medicine **17**(3): 161-163.
- Caroline, L., W. Nathalie, H. A. Diedon, K. Robert, S. Idovide and E. Yvon (2011). "Women's desire for children in an HIV population: a clinical pilot study in Burkina Faso." Current HIV Research **9**(5): 346-351.
- Cavanaugh, C. E., N. B. Hansen and T. P. Sullivan (2010). "HIV sexual risk behavior among low-income women experiencing intimate partner violence: the role of posttraumatic stress disorder." AIDS Behav **14**(2): 318-327.
- CESAG-UNICEF Atteindre les objectifs Millénaires du Développement, UNICEF, UNFPA, Banque Mondiale.

Chambliss, L. R. (2008). "Intimate partner violence and its implication for pregnancy." Clin Obstet Gynecol **51**(2): 385-397.

Chapman, J. D. (1989). "A longitudinal study of sexuality and gynecologic health in abused women." J Am Osteopath Assoc **89**(5): 619-624.

Chara, K. A. and P. J. Chara, Jr. (2003). "Factors influencing the desire for children." Psychological Reports **93**(2): 487-493.

Charlson, F. J., Z. Steel, L. Degenhardt, T. Chey, D. Silove, C. Marnane and H. A. Whiteford (2012). "Predicting the impact of the 2011 conflict in Libya on population mental health: PTSD and depression prevalence and mental health service requirements." PLoS ONE **7**(7).

Choudhary, E., M. Smith and R. M. Bossarte (2012). "Depression, anxiety, and symptom profiles among female and male victims of sexual violence." American Journal of Mens Health **6**(1): 28-36.

Christianson, S. and J. Marren (2012). "The Impact of Event Scale - Revised (IES-R)." Medsurg Nurs **21**(5): 321-322.

Chun, S. and I. Skjelsbæk (2010). *Sexual Violence in Armed Conflicts*. Oslo, International Peace research Institute, PRIO: 4.

Clark, C. J., S. A. Everson-Rose, S. F. Suglia, R. Btoush, A. Alonso and M. M. Haj-Yahia (2010). "Association between exposure to political violence and intimate-partner violence in the occupied Palestinian territory: a cross-sectional study." Lancet **375**(9711): 310-316.

Coghlan, B., P. Ngoy, F. Mulumba, C. Hardy, V. N. Bemo, T. Stewart, J. Lewis and R. J. Brennan (2009). "Update on mortality in the Democratic Republic of Congo: results from a third nationwide survey." Disaster Med Public Health Prep **3**(2): 88-96.

Cohen, M. Z. (1987). "A historical overview of the phenomenologic movement." Image - the Journal of Nursing Scholarship **19**(1): 31-34.

Collett, B. J., C. J. Cordle, C. R. Stewart and C. Jagger (1998). "A comparative study of women with chronic pelvic pain, chronic nonpelvic pain and those with no history of pain attending general practitioners." Br J Obstet Gynaecol **105**(1): 87-92.

Cook, R., B. Dickens and M. Fathalla (2005). Santé de la reproduction et droits humains: Intégrer la médecine, l'éthique et le droit, Masson.

Cortina, L. M. and S. P. Kubiak (2006). "Gender and posttraumatic stress: sexual violence as an explanation for women's increased risk." J Abnorm Psychol **115**(4): 753-759.

Cossa, H. A., S. Gloyd, R. G. Vaz, E. Folgosa, E. Simbine, M. Diniz and J. K. Kreiss (1994). "Syphilis and HIV infection among displaced pregnant women in rural Mozambique." Int J STD AIDS **5**(2): 117-123.

Cournos, F., J. R. Guido, S. Coomaraswamy, H. Meyer-Bahlburg, R. Sugden and E. Horwath (1994). "Sexual activity and risk of HIV infection among patients with schizophrenia." Am J Psychiatry **151**(2): 228-232.

- Creswell, J. W. (2007). Qualitative inquiry & research design : choosing among five approaches. Thousand Oaks, Sage Publications.
- Creswell, J. W., A. C. Klassen, V. L. P. Clark and K. C. Smith (2011). Best Practices for Mixed Methods Research in the Health Sciences, Office of Behavioral and Social Sciences Research (OBSSR): 39.
- Cripe, S. M., S. E. Sanchez, M. T. Perales, N. Lam, P. Garcia and M. A. Williams (2008). "Association of intimate partner physical and sexual violence with unintended pregnancy among pregnant women in Peru." Int J Gynaecol Obstet **100**(2): 104-108.
- Cunningham, R. M., A. R. Stiffman, P. Dore and F. Earls (1994). "The association of physical and sexual abuse with HIV risk behaviors in adolescence and young adulthood: implications for public health." Child Abuse Negl **18**(3): 233-245.
- Dandurand, R. B., L. Bernier and D. Lemieux (1997). Le désir d'enfant : du projet à la réalisation. Montréal, INRS-Culture et Société.
- Derluyn, I., E. Broekaert, G. Schuyten and E. De Temmerman (2004). "Post-traumatic stress in former Ugandan child soldiers." Lancet **363**(9412): 861-863.
- Devers, K. J. (1999). "How will we know "good" qualitative research when we see it? Beginning the dialogue in health services research." Health Serv Res **34**(5 Pt 2): 1153-1188.
- Dietz, P. M., A. M. Spitz, R. F. Anda, D. F. Williamson, P. M. McMahon, J. S. Santelli, D. F. Nordenberg, V. J. Felitti and J. S. Kendrick (1999). "Unintended pregnancy among adult women exposed to abuse or household dysfunction during their childhood." JAMA **282**(14): 1359-1364.
- Diken, B. and C. B. Laustsen (2005). "Becoming abject: Rape as a Weapon of War." Body & Society **11** (1): 111-128.
- Dillon, G., R. Hussain, D. Loxton and S. Rahman (2013). "Mental and Physical Health and Intimate Partner Violence against Women: A Review of the Literature." International Journal of Family Medicine **2013**: 15.
- Dimitry, L. (2012). "A systematic review on the mental health of children and adolescents in areas of armed conflict in the Middle East." Child: Care, Health and Development **38**(2): 153-161.
- Dossa, N. I. and M. Hatem (2012). "Cognitive-behavioral therapy versus other PTSD psychotherapies as treatment for women victims of war-related violence: a systematic review." ScientificWorldJournal **2012**: 181847.
- Dossa, N. I., M. Zunzunegui, M. Hatem and W. D. Fraser (2013). "Fistula and other adverse reproductive health outcomes among women victims of conflict-related sexual violence: a population-based cross-sectional study." Birth, Accepted for publication.
- Dossa, N. I., M. Zunzunegui, M. Hatem and W. D. Fraser (2014). "Fistula and other adverse reproductive health outcomes among women victims of conflict-related sexual violence: a population-based cross-sectional study." Birth **41**(1): 5-13.

- Dossa, N. I., M. Zunzunegui, M. Hatem and W. D. Fraser (2014). "Mental health disorders among women victims of conflict-related sexual violence in the Democratic Republic of Congo." Journal of Interpersonal Violence, Accepted for publication.
- Dubow, E., P. Boxer, L. Huesmann, S. Landau, S. Dvir, K. Shikaki and J. Ginges (2012). "Cumulative effects of exposure to violence on posttraumatic stress in Palestinian and Israeli youth." Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology **41**(6): 837-844.
- Dunkle, K. L., R. K. Jewkes, H. C. Brown, M. Yoshihama, G. E. Gray, J. A. McIntyre and S. D. Harlow (2004). "Prevalence and patterns of gender-based violence and revictimization among women attending antenatal clinics in Soweto, South Africa." American Journal of Epidemiology **160**(3): 230-239.
- Ellsberg, M., H. A. Jansen, L. Heise, C. H. Watts, C. Garcia-Moreno, W. H. O. M.-c. S. o. W. s. Health and T. Domestic Violence against Women Study (2008). "Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study." Lancet **371**(9619): 1165-1172.
- Erjavec, K. and Z. Volčič (2010). "Living With the Sins of Their Fathers: An Analysis of Self-Representation of Adolescents Born of War Rape." Journal of Adolescent Research **25**(3): 359-386.
- Espie, E., V. Gaboulaud, T. Baubet, G. Casas, Y. Mouchenik, O. Yun, R. F. Grais and M. R. Moro (2009). "Trauma-related psychological disorders among Palestinian children and adults in Gaza and West Bank, 2005-2008." International Journal of Mental Health Systems **3**: 21.
- Evens, G. and N. Chescheir (1996). "Prevalence of domestic violence among women seeking abortion services." Womens Health Issues **6**(4): 204-210.
- Ezeh, A. C. (1993). "The influence of spouses over each other's contraceptive attitudes in Ghana." Stud Fam Plann **24**(3): 163-174.
- Farhood, L. (2010). Mental health and psychosocial care for citizens affected by war in Lebanon: Training project for healthcare professionals. Coping with posttraumatic stress disorder in returning troops: Wounds of war II. B. K. Wiederhold. Amsterdam, Netherlands, IOS Press. **287 pp**: 263-276.
- Farhood, L., H. Dimassi and T. Lehtinen (2006). "Exposure to War-Related Traumatic Events, Prevalence of PTSD, and General Psychiatric Morbidity in a Civilian Population from Southern Lebanon." Journal of Transcultural Nursing **17**(4): 333-340.
- Farquhar, C. and P. Latthe (2006). "Chronic pelvic pain: Aetiology and therapy." Reviews in Gynaecological and Perinatal Practice **6**(3-4): 177-184.
- Fergusson, D. M., L. J. Horwood, J. M. Boden, D. M. Fergusson, L. J. Horwood and J. M. Boden (2008). "Abortion and mental health disorders: evidence from a 30-year longitudinal study." British Journal of Psychiatry **193**(6): 444-451.
- Fergusson, D. M., N. R. Swain-Campbell and L. J. Horwood (2002). "Does sexual violence contribute to elevated rates of anxiety and depression in females?" Psychological Medicine **32**(6): 991-996.

- Folch-Lyon, E., L. de la Macorra and S. B. Schearer (1981). "Focus group and survey research on family planning in Mexico." Stud Fam Plann **12**(12 Pt 1): 409-432.
- Fraser, A. M., J. E. Brockert and R. H. Ward (1995). "Association of young maternal age with adverse reproductive outcomes." N Engl J Med **332**(17): 1113-1117.
- Frese, B., M. Moya and J. L. Megías (2004). "Social Perception of Rape: How Rape Myth Acceptance Modulates the Influence of Situational Factors." Journal of Interpersonal Violence **19**(2): 143-161.
- Fry, R. P., A. H. Crisp, R. W. Beard and S. McGuigan (1993). "Psychosocial aspects of chronic pelvic pain, with special reference to sexual abuse. A study of 164 women." Postgraduate Medical Journal **69**(813): 566-574.
- Garcia-Moreno, C., L. Heise, H. A. F. M. Jansen, M. Ellsberg and C. Watts (2005). WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women : Initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. Geneva, Switzerland, World Health Organization
- Garcia-Moreno, C., H. A. Jansen, M. Ellsberg, L. Heise and C. H. Watts (2006). "Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence." Lancet **368**(9543): 1260-1269.
- Gass, J. D., D. J. Stein, D. R. Williams and S. Seedat (2010). "Intimate partner violence, health behaviours, and chronic physical illness among South African women." S Afr Med J **100**(9): 582-585.
- Gath, D., M. Osborn, G. Bungay, S. Iles, A. Day, A. Bond and C. Passingham (1987). "Psychiatric disorder and gynaecological symptoms in middle aged women: a community survey." Br Med J (Clin Res Ed) **294**(6566): 213-218.
- Gelaye, B., D. Arnold, M. A. Williams, M. Goshu and Y. Berhane (2009). "Depressive symptoms among female college students experiencing gender-based violence in Awassa, Ethiopia." Journal of Interpersonal Violence **24**(3): 464-481.
- Glander, S. S., M. L. Moore, R. Michielutte and L. H. Parsons (1998). "The prevalence of domestic violence among women seeking abortion." Obstet Gynecol **91**(6): 1002-1006.
- Golding, J. M., S. C. Wilsnack and L. A. Learman (1998). "Prevalence of sexual assault history among women with common gynecologic symptoms." Am J Obstet Gynecol **179**(4): 1013-1019.
- Grondin, J. (2003). Le tournant herméneutique de la phénoménologie. Paris, Presses universitaires de France.
- Gupta, J., E. Reed, J. Kelly, D. J. Stein and D. R. Williams (2012). "Men's exposure to human rights violations and relations with perpetration of intimate partner violence in South Africa." Journal of Epidemiology & Community Health **66**(6): e2.
- Hamid, A. A. and S. A. Musa (2010). "Mental health problems among internally displaced persons in Darfur." International Journal of Psychology **45**(4): 278-285.
- Hanlon, C., G. Medhin, A. Alem, M. Araya, A. Abdulahi, M. Hughes, M. Tesfaye, D. Wondimagegn, V. Patel and M. Prince (2008). "Detecting perinatal common mental

disorders in Ethiopia: validation of the self-reporting questionnaire and Edinburgh Postnatal Depression Scale." J Affect Disord **108**(3): 251-262.

Harpham, T., M. Reichenheim, R. Oser, E. Thomas, N. Hamid, S. Jaswal, A. Ludermir and M. Aidoo (2003). "Measuring mental health in a cost-effective manner." Health Policy & Planning **18**(3): 344-349.

Hegadoren, K. M., G. C. Lasiuk and N. J. Coupland (2006). "Posttraumatic stress disorder Part III: health effects of interpersonal violence among women." Perspect Psychiatr Care **42**(3): 163-173.

Heidegger, M. (1962). Being and time. New York, Harper and Row.

Heim, C., U. Ehlert, J. P. Hanker and D. H. Hellhammer (1998). "Abuse-related posttraumatic stress disorder and alterations of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis in women with chronic pelvic pain." Psychosomatic Medicine **60**(3): 309-318.

Heise, L. (1994). "Gender-based abuse: the global epidemic." Cadernos de Saúde Pública **10**: S135-S145.

Heise, L. (1996). Violence against women - Global organizing for change. Thousand Oaks, Sage Publications Inc.

Heise, L. (1998). "Violence against women: an integrated, ecological framework." Violence Against Women **4**(3): 262-290.

Heise, L., M. Ellsberg and M. Gottmoeller (1999). Ending violence against women Population reports. Series L, number 11.. Baltimore, MD, Johns Hopkins University School of Public Health, Population information program.

Heise, L., M. Ellsberg and M. Gottmoeller (2002). "A global overview of gender-based violence." International Journal of Gynaecology & Obstetrics **78 Suppl 1**: S5-14.

Heise, L., J. Pitanguy and A. Germain (1994). Violence against women: the hidden health burden. *Washington, DC: The World Bank, 1994. (World Bank discussion paper no. 255).*

Henshaw, S. K. (1990). "Induced abortion: a world review, 1990." Int Fam Plann Persp **16**(2): 59-65, 76.

Hinrichsen, D. (2006). Obstetric Fistula: Ending the Silence, Easing the Suffering. INFO Reports No.2. Baltimore: INFO Project, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health.

Hjorth, C. W. and E. Ostrov (1982). "The self-image of physically abused adolescents." Journal of Youth and Adolescence **11**(2): 71-76.

Hodgkiss, A. D., R. Sufraz and J. P. Watson (1994). "Psychiatric morbidity and illness behaviour in women with chronic pelvic pain." J Psychosom Res **38**(1): 3-9.

Hosmer, D. W. (2004). Applied logistic regression ressource électronique.

Hossain, M., C. Zimmerman, M. Abas, M. Light and C. Watts (2010). "The relationship of trauma to mental disorders among trafficked and sexually exploited girls and women." American Journal of Public Health **100**(12): 2442-2449.

- Hsieh, F. Y., D. A. Bloch and M. D. Larsen (1998). "A simple method of sample size calculation for linear and logistic regression." Statistics in Medicine **17**(14): 1623-1634.
- Hsieh, F. Y., D. A. Bloch and M. D. Larsen (1998). "A simple method of sample size calculation for linear and logistic regression." Stat Med **17**(14): 1623-1634.
- HSR-Group (2012). Sexual violence, Education, and war: Beyond the mainstream narrative. K. Craven. Vancouver, Human Security Research Group: 239.
- Hurwitz, E. J., J. Gupta, R. Liu, J. G. Silverman and A. Raj (2006). "Intimate partner violence associated with poor health outcomes in U.S. South Asian women." J Immigr Minor Health **8**(3): 251-261.
- Hussain, R. and A. Khan (2008). "Women's perceptions and experiences of sexual violence in marital relationships and its effect on reproductive health." Health Care Women Int **29**(5): 468-483.
- Husserl, E. (1981). Inaugural Lecture at Freiburg im Breisgau. Notre Dame, Indiana, University of Notre Dame Press.
- Hyer, K. and L. M. Brown (2008). "The Impact of Event Scale--Revised: a quick measure of a patient's response to trauma." Am J Nurs **108**(11): 60-68; quiz 68-69.
- Hynes, H. (2004). "On the battlefield of women's bodies: An overview of the harm of war to women " Women's Studies International Forum **27**(5/6): 431-445.
- Hynes, M., K. Robertson, J. Ward and C. Crouse (2004). "A determination of the prevalence of gender-based violence among conflict-affected populations in East Timor." Disasters **28**(3): 294-321.
- IANSA (2010). "Now, the world is without me": Investigation of sexual violence in Eastern DRC. Cambridge, MA, A Report by the Harvard Humanitarian Initiative With Support from Oxfam America.
- Ibrahim, Z. M., M. R. Ahmed and W. A. Ahmed (2013). "Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction among Egyptian women." Arch Gynecol Obstet **287**(6): 1173-1180.
- Irwin, K. L., B. R. Edlin, L. Wong, S. Faruque, H. V. McCoy, C. Word, R. Schilling, C. B. McCoy, P. E. Evans and S. D. Holmberg (1995). "Urban rape survivors: characteristics and prevalence of human immunodeficiency virus and other sexually transmitted infections. Multicenter Crack Cocaine and HIV Infection Study Team." Obstet Gynecol **85**(3): 330-336.
- Ishak, I. H., W. Y. Low and S. Othman (2010). "Prevalence, risk factors, and predictors of female sexual dysfunction in a primary care setting: a survey finding." J Sex Med **7**(9): 3080-3087.
- Ishida, K., P. Stupp, M. Melian, F. Serbanescu and M. Goodwin (2010). "Exploring the associations between intimate partner violence and women's mental health: evidence from a population-based study in Paraguay." Social Science & Medicine **71**(9): 1653-1661.

Jackson, M., Ed. (1996). Introduction. Things as They Are. Bloomington and Indianapolis, Indiana University Press.

Jamieson, D. J. and J. F. Steege (1997). "The association of sexual abuse with pelvic pain complaints in a primary care population." American Journal of Obstetrics & Gynecology **177**(6): 1408-1412.

Jamieson, D. J. and J. F. Steege (1997). "The association of sexual abuse with pelvic pain complaints in a primary care population." Am J Obstet Gynecol **177**(6): 1408-1412.

Janssen, P. A., V. L. Holt, N. K. Sugg, I. Emanuel, C. M. Critchlow, A. D. Henderson, P. A. Janssen, V. L. Holt, N. K. Sugg, I. Emanuel, C. M. Critchlow and A. D. Henderson (2003). "Intimate partner violence and adverse pregnancy outcomes: a population-based study." Am J Obstet Gynecol **188**(5): 1341-1347.

Jaulin, R. (1970). La paix blanche.

Johnson, K., J. Asher, S. Rosborough, A. Raja, R. Panjabi, C. Beadling and L. Lawry (2008). "Association of combatant status and sexual violence with health and mental health outcomes in postconflict Liberia." Journal of the American Medical Association **300**(6): 676-690.

Johnson, K., J. Scott, B. Rughita, M. Kisielewski, J. Asher, R. Ong and L. Lawry (2010). "Association of sexual violence and human rights violations with physical and mental health in territories of the eastern democratic republic of the congo." JAMA: The Journal of the American Medical Association **304**(5): 553-562.

Johnson, K., J. Scott, B. Rughita, M. Kisielewski, J. Asher, R. Ong and L. Lawry (2010). "Association of sexual violence and human rights violations with physical and mental health in territories of the Eastern Democratic Republic of the Congo." Journal of the American Medical Association **304**(5): 553-562.

Johri, M., R. E. Morales, J. F. Boivin, B. E. Samayoa, J. S. Hoch, C. F. Grazioso, I. J. Barrios Matta, C. Sommen, E. L. Baide Diaz, H. R. Fong and E. G. Arathoon (2011). "Increased risk of miscarriage among women experiencing physical or sexual intimate partner violence during pregnancy in Guatemala City, Guatemala: cross-sectional study." BMC Pregnancy Childbirth **11**: 49.

Kabir, M., Z. Iliyasu, I. S. Abubakar and U. I. Umar (2003). "Medico-social problems of patients with vesico-vaginal fistula in Murtala Mohammed Specialist Hospital, Kano." Ann. Afr. Med. **2**(2): 54-57.

Kalonda, J. C. (2012). "Sexual violence in Congo-Kinshasa: necessity of decriminalizing abortion." Revue Medicale de Bruxelles **33**(5): 482-486.

Kelly, J. T., T. S. Betancourt, D. Mukwege, R. Lipton and M. J. Vanrooyen (2011). "Experiences of female survivors of sexual violence in eastern Democratic Republic of the Congo: a mixed-methods study." Confl Health **5**: 25.

Khamis, V. (2012). "Impact of war, religiosity and ideology on PTSD and psychiatric disorders in adolescents from Gaza Strip and South Lebanon." Social Science & Medicine **74**(12): 2005-2011.

Kim, A., F. Malele, R. Kaiser, N. Mama, T. Kinkela, J.-C. Mantshumba, M. Hynes, S. De Jesus, G. Musema, P. Kayembe, K. Hawkins Reed and T. Diaz (2009). "HIV Infection Among Internally Displaced Women and Women Residing in River Populations Along the Congo River, Democratic Republic of Congo." AIDS and Behavior **13**(5): 914-920.

Kim, A. A., F. Malele, R. Kaiser, N. Mama, T. Kinkela, J. C. Mantshumba, M. Hynes, S. De Jesus, G. Musema, P. K. Kayembe, K. Hawkins Reed and T. Diaz (2009). "HIV infection among internally displaced women and women residing in river populations along the Congo River, Democratic Republic of Congo." AIDS Behavior **13**(5): 914-920.

Kippenberg, J. (2002). *The war within the war: Sexual Violence Against Women and Girls in Eastern Congo*, Human Right Watch.

Kivlahan, C. and N. Ewigman (2010). "Rape as a weapon of war in modern conflicts." BMJ **340**.

Koenig, M. A., I. Zablotska, T. Lutalo, F. Nalugoda, J. Wagman and R. Gray (2004). "Coerced first intercourse and reproductive health among adolescent women in Rakai, Uganda." International Family Planning Perspectives **30**(4): 156-163.

Krantz, G. (2002). "Violence against women: a global public health issue!" Journal of Epidemiology and Community Health **56**(4): 242-243.

Lampe, A., E. Solder, A. Ennemoser, C. Schubert, G. Rumpold and W. Sollner (2000). "Chronic pelvic pain and previous sexual abuse." Obstetrics & Gynecology **96**(6): 929-933.

Lang, A., C. Laffaye, L. Satz, T. Dresselhaus and M. Stein Use of the PTSD Checklist to identify PTSD in women in primary care, Presented paper, Anxiety Disorders Association of America National Conference, Atlanta, Georgia, 2001.

Lang, A. J., C. S. Rodgers, C. Laffaye, L. E. Satz, T. R. Dresselhaus and M. B. Stein (2003). "Sexual trauma, posttraumatic stress disorder, and health behavior." Behavioral Medicine **28**(4): 150-158.

Laperrière, A. (1997). La théorisation ancrée (grounded theory): démarche analytique et comparaison avec d'autres approches apparentées. La recherche qualitative: enjeux épistémologiques et méthodologiques. J. Poupart, J. P. Deslauriers, L. Groulx et al. Boucherville, Gaétan Morin: 309-340.

Lathe, P., M. Lathe, L. Say, M. Gulmezoglu and K. S. Khan (2006). "WHO systematic review of prevalence of chronic pelvic pain: a neglected reproductive health morbidity." BMC Public Health **6**: 177.

Leatherman, J. (2011). Sexual violence and armed conflict. Malden, MA., USA, Polity Press.

Leclerc, B., S. Bergeron, Y. M. Binik, S. Khalife, B. Leclerc, S. Bergeron, Y. M. Binik and S. Khalife (2010). "History of sexual and physical abuse in women with dyspareunia: association with pain, psychosocial adjustment, and sexual functioning." Journal of Sexual Medicine **7**(2 Pt 2): 971-980.

Leclerc, J. (2012). "Congo-Kinshasa." Retrieved August 13th, 2013, from <http://www.axl.cefan.ulaval.ca/afrique/czaire.htm>.

- Leiby, M. L. (2009). "Wartime sexual violence in Guatemala and Peru." International Studies Quarterly **53**: 445-468.
- Lent, B., P. Morris and S. Rechner (2000). "Understanding the effect of domestic violence on pregnancy, labour, and delivery." Canadian Family Physician **46**: 505-507.
- Leserman, J., Z. Li, D. A. Drossman and Y. J. Hu (1998). "Selected symptoms associated with sexual and physical abuse history among female patients with gastrointestinal disorders: the impact on subsequent health care visits." Psychol Med **28**(2): 417-425.
- Lichter, E. L. and L. A. McCloskey (2004). "The effects of childhood exposure to marital violence on adolescent gender-role beliefs and dating violence." Psychology of Women Quarterly **28**(4): 344-357.
- Loncar, M., N. Henigsberg and P. Hrabac (2010). "Mental health consequences in men exposed to sexual abuse during the war in Croatia and Bosnia." Journal of Interpersonal Violence **25**(2): 191-203.
- Longombe, A. O., K. M. Claude and J. Ruminjo (2008). "Fistula and Traumatic Genital Injury from Sexual Violence in a Conflict Setting in Eastern Congo: Case Studies." Reproductive Health Matters **16**(31): 132-141.
- Longombe, A. O., K. M. Claude and J. Ruminjo (2008). "Fistula and traumatic genital injury from sexual violence in a conflict setting in Eastern Congo: case studies." Reprod Health Matters **16**(31): 132-141.
- Lueger-Schuster, B., T. M. Gluck, U. S. Tran and E. L. Zeilinger (2012). "Sexual violence by occupational forces during and after World War II: Influence of experiencing and witnessing of sexual violence on current mental health in a sample of elderly Austrians." International Psychogeriatrics **24**(8): 1354-1358.
- Machado, C. L., R. C. S. de Azevedo, C. O. Facuri, M.-J. N. Vieira and A.-M. S. Fernandes (2011). "Posttraumatic stress disorder, depression, and hopelessness in women who are victims of sexual violence." International Journal of Gynaecology & Obstetrics **113**(1): 58-62.
- Macmillan, R. (2001). "Violence and the Life Course: The Consequences of Victimization for Personal and Social Development." Annual Review of Sociology **27**: 1-22.
- Maharaj, P. and C. Munthre (2007). "Coerced first sexual intercourse and selected reproductive health outcomes among young women in KwaZulu-Natal, South Africa." J Biosoc Sci **39**(2): 231-244.
- Makanjuola, A. B., A. O. Elegbede and O. A. Abiodun (2010). "Predictive factors for psychiatric morbidity among women with infertility attending a gynaecology clinic in Nigeria." Afr J Psychiatry (Johannesbg) **13**(1): 36-42.
- Marshall, C. and G. B. Rossman (2011). Designing Qualitative Research Sage Publications.
- Matevosyan, N. (2009). "Reproductive Health in Women with Serious Mental Illnesses: A Review." Sexuality and Disability **27**(2): 109-118.

- McFarlane, J., B. Parker and K. Soeken (1996). "Abuse during pregnancy: associations with maternal health and infant birth weight." Nurs Res **45**(1): 37-42.
- McGinn, T. (2000). "Reproductive health of war-affected populations: What do we know?" International Family Planning Perspectives **26**(4): 174-180.
- McLean, L. M., B. Toner, J. Jackson, M. Desrocher and N. Stuckless (2006). "The Relationship between Childhood Sexual Abuse, Complex Post-Traumatic Stress Disorder and Alexithymia in Two Outpatient Samples Examination of Women Treated in Community and Institutional Clinics." Journal of Child Sexual Abuse: Research, Treatment, & Program Innovations for Victims, Survivors, & Offenders **15**(3): 1-17.
- McLeer, S. V., E. Deblinger, M. S. Atkins, E. B. Foa and D. L. Ralphe (1988). "Post-Traumatic Stress Disorder in Sexually Abused Children." Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry **27**(5): 650-654.
- McMahon, P. M., M. M. Goodwin and G. Stringer (2000). "Sexual violence and reproductive health." Matern Child Health J **4**(2): 121-124.
- McMullen, J. D., P. S. O'Callaghan, J. A. Richards, J. G. Eakin and H. Rafferty (2012). "Screening for traumatic exposure and psychological distress among war-affected adolescents in post-conflict northern Uganda." Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology **47**(9): 1489-1498.
- Melah, G. S., A. A. Massa, U. R. Yahaya, M. Bukar, D. D. Kizaya and A. U. El-Nafaty (2007). "Risk factors for obstetric fistulae in north-eastern Nigeria." J Obstet Gynaecol **27**(8): 819-823.
- Mels, C., I. Derluyn, E. Broekaert and Y. Rosseel (2009). "Screening for traumatic exposure and posttraumatic stress symptoms in adolescents in the war-affected eastern Democratic Republic of Congo." Arch Pediatr Adolesc Med **163**(6): 525-530.
- Mels, C., I. Derluyn, E. Broekaert and Y. Rosseel (2010). "Community-based cross-cultural adaptation of mental health measures in emergency settings: validating the IES-R and HSCL-37A in Eastern Democratic Republic of Congo." Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol **45**(9): 899-910.
- Mels, C., I. Derluyn, E. Broekaert and Y. Rosseel (2010). "The psychological impact of forced displacement and related risk factors on Eastern Congolese adolescents affected by war." Journal of Child Psychology and Psychiatry **51**(10): 1096-1104.
- Messersmith, L. J., K. Semrau, T. L. Anh, N. N. N. Trang, D. M. Hoa, K. Eifler and L. Sabin (2012). "Women living with HIV in Vietnam: desire for children, use of sexual and reproductive health services, and advice from providers." Reproductive Health Matters **20**(39 Suppl): 27-38.
- Miles, M. B. and A. M. Huberman (2003). Analyse des données qualitatives. Paris, De Boeck Université.
- Milillo, D. (2006). "Rape as a tactic of war social and psychological perspectives." Journal of Women and Social Work **21**(2): 196-205.
- Milillo, D. (2006). "Rape as a Tactic of War: Social and Psychological Perspectives." Affilia **21**(2): 196-205.

- Miller, K. E. and A. Rasmussen (2010). "Mental health and armed conflict: The importance of distinguishing between war exposure and other sources of adversity: A response to Neuner." Social Science & Medicine **71**(8): 1385-1389.
- Miller, K. E. and A. Rasmussen (2010). "War exposure, daily stressors, and mental health in conflict and post-conflict settings: Bridging the divide between trauma-focused and psychosocial frameworks." Social Science & Medicine **70**(1): 7-16.
- Miller, L. J. (1997). "Sexuality, reproduction, and family planning in women with schizophrenia." Schizophr Bull **23**(4): 623-635.
- Ministère, P. and I. Macro (2008). Enquête Démographique et de Santé République Démocratique du Congo. Calverton, Maryland, U.S.A, Ministère du Plan RDC et Macro International.
- Moraes, C. L., M. Reichenheim and A. P. Nunes (2009). "Severe physical violence among intimate partners: a risk factor for vaginal bleeding during gestation in less privileged women?" Acta Obstet Gynecol Scand **88**(9): 1041-1048.
- Motlagh, H. (2010). "Impact of Event Scale-revised." J Physiother **56**(3): 203.
- Muganyizi, P. S., N. Hogan, M. Emmelin, G. Lindmark, S. Massawe, L. Nystrom and P. Axemo (2009). "Social Reactions to Rape: Experiences and Perceptions of Women Rape Survivors and Their Potential Support Providers in Dar es Salaam, Tanzania." Violence and Victims **24**(5): 607-626.
- Muiderman, K. (2013) "Suffering in silence sexual violence against men in conflict."
- Mukwege, D. M. and C. Nangini (2009). "Rape with Extreme Violence: The New Pathology in South Kivu, Democratic Republic of Congo." PLoS Medicine **6**(12).
- Murphy, C. C., B. Schei, T. L. Myhr and J. Du Mont (2001). "Abuse: a risk factor for low birth weight? A systematic review and meta-analysis." CMAJ **164**(11): 1567-1572.
- Nagel, B., H. Matsuo, K. P. McIntyre and N. Morrison (2005). "Attitudes Toward Victims of Rape: Effects of Gender, Race, Religion, and Social Class." Journal of Interpersonal Violence **20**(6): 725-737.
- Nakayiwa, S., B. Abang, L. Packel, J. Lifshay, D. W. Purcell, R. King, E. Ezati, J. Mermin, A. Coutinho and R. Bunnell (2006). "Desire for children and pregnancy risk behavior among HIV-infected men and women in Uganda." AIDS & Behavior **10**(4 Suppl): S95-104.
- Nakimuli-Mpungu, E., R. Mojtabai, P. K. Alexandre, E. Katabira, S. Musisi, J. B. Nachege and J. K. Bass (2012). "Cross-cultural adaptation and validation of the self-reporting questionnaire among HIV+ individuals in a rural ART program in southern Uganda." HIV AIDS (Auckl) **4**: 51-60.
- Neria, Y., A. Besser, D. Kiper and M. Westphal (2010). "A longitudinal study of posttraumatic stress disorder, depression, and generalized anxiety disorder in Israeli civilians exposed to war trauma." Journal of Traumatic Stress **23**(3): 322-330.
- Nock, M. K., I. Hwang, N. Sampson, R. C. Kessler, M. Angermeyer, A. Beautrais, G. Borges, E. Bromet, R. Bruffaerts, G. de Girolamo, R. de Graaf, S. Florescu, O. Gureje, J.

- M. Haro, C. Hu, Y. Huang, E. G. Karam, N. Kawakami, V. Kovess, D. Levinson, J. Posada-Villa, R. Sagar, T. Tomov, M. C. Viana and D. R. Williams (2009). "Cross-national analysis of the associations among mental disorders and suicidal behavior: findings from the WHO World Mental Health Surveys." PLoS Med **6**(8): e1000123.
- Nostlinger, C., F. Desjardins, J. Dec, T. Platteau, E. Hasker and V. S. G. Eurosupport (2013). "Child desire in women and men living with HIV attending HIV outpatient clinics: Evidence from a European multicentre study." European Journal of Contraception & Reproductive Health Care **18**(4): 251-263.
- Ntozi, J. P. (1990). "The desire for children in tropical Africa: the influence of relatives on fertility decisions in Ankole, Uganda." Journal of Biosocial Science **22**(4): 433-446.
- OIT (2012). Estimation du travail forcé dans le monde : résultats, contexte et méthodologie, Organisation internationale du travail.
- OMS (2012). Mutilations génitales féminines, Aide-mémoire N° 241, Organisation mondiale de la santé, Genève.
- Onoye, J. M., D. Goebert, L. Morland, C. Matsu and T. Wright (2009). "PTSD and postpartum mental health in a sample of Caucasian, Asian, and Pacific Islander women." Arch Womens Ment Health **12**(6): 393-400.
- Onsrud, M., S. Sjøveian, R. Luhiriri and D. Mukwege (2008). "Sexual violence-related fistulas in the Democratic Republic of Congo." International Journal of Gynecology & Obstetrics **103**(3): 265-269.
- ONU (1990). World's Women 1990 (Les femmes du monde 1990), Département des affaires économiques et sociales des Nations unies.
- Organisation mondiale de la santé, Fonds des Nations Unies pour la population and Key Centre for Women's Health in Society (2009). Mental health aspects of women's reproductive health : a global review of the literature. Geneva, World Health Organization.
- Paillé, P. and A. Mucchielli (2006). L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. Paris, Armand Colin.
- Parker, B., J. McFarlane and K. Soeken (1994). "Abuse during pregnancy: effects on maternal complications and birth weight in adult and teenage women." Obstet Gynecol **84**(3): 323-328.
- Patel, V. and N. Oomman (1999). "Mental health matters too: Gynaecological symptoms and depression in South Asia." Reproductive Health Matters **7**(14): 30-38.
- Peterman, A. and K. Johnson (2009). "Incontinence and trauma: sexual violence, female genital cutting and proxy measures of gynecological fistula." Social Science & Medicine **68**(5): 971-979.
- Peterman, A., T. Palermo and C. Bredenkamp (2011). "Estimates and determinants of sexual violence against women in the Democratic Republic of Congo." Am J Public Health **101**(6): 1060-1067.

- Pico-Alfonso, M. A., M. I. Garcia-Linares, N. Celda-Navarro, C. Blasco-Ros, E. Echeburua and M. Martinez (2006). "The impact of physical, psychological, and sexual intimate male partner violence on women's mental health: depressive symptoms, posttraumatic stress disorder, state anxiety, and suicide." J Womens Health (Larchmt) **15**(5): 599-611.
- Poupart, J. (1997). L'entretien de type qualitatif: considérations épistémologiques, théoriques et méthodologiques. La recherche qualitative: enjeux épistémologiques et méthodologiques. J. Poupart, J. P. Deslauriers, L. Groulx et al. Boucherville, Gaétan Morin: 173-210.
- Priebe, S., M. Bogic, D. Ajdukovic, T. Franciskovic, G. M. Galeazzi, A. Kucukalic, D. Lecic-Tosevski, N. Morina, M. Popovski, D. Wang and M. Schutzwohl (2010). "Mental disorders following war in the Balkans: A study in 5 countries." Archives of General Psychiatry **67**(5): 518-528.
- Priebe, S., M. Bogic, R. Ashcroft, T. Franciskovic, G. M. Galeazzi, A. Kucukalic, D. Lecic-Tosevski, N. Morina, M. Popovski, M. Roughton, M. Schutzwohl and D. Ajdukovic (2010). "Experience of human rights violations and subsequent mental disorders - A study following the war in the Balkans." Social Science & Medicine **71**(12): 2170-2177.
- Rafat, H. and K. Adeel (2008). "Women's Perceptions and Experiences of Sexual Violence in Marital Relationships and Its Effect on Reproductive Health." Health Care for Women International, **29**: 468-483.
- Rahm, G., B. Renck and K. C. Ringsberg (2013). "Psychological distress among women who were sexually abused as children." International Journal of Social Welfare **22**(3): 269-278.
- Randolph, M. E., D. M. Reddy, M. E. Randolph and D. M. Reddy (2006). "Sexual abuse and sexual functioning in a chronic pelvic pain sample." J Child Sex Abuse **15**(3): 61-78.
- Randolph, M. E., D. M. Reddy, M. E. Randolph and D. M. Reddy (2006). "Sexual functioning in women with chronic pelvic pain: the impact of depression, support, and abuse." Journal of Sex Research **43**(1): 38-45.
- Rapkin, A. J., L. D. Kames, L. L. Darke, F. M. Stampler and B. D. Naliboff (1990). "History of physical and sexual abuse in women with chronic pelvic pain." Obstet Gynecol **76**(1): 92-96.
- Rash, C. J., S. F. Coffey, J. S. Baschnagel, D. J. Drobles and M. E. Saladin (2008). "Psychometric properties of the IES-R in traumatized substance dependent individuals with and without PTSD." Addict Behav **33**(8): 1039-1047.
- RCOG (1998). "Chronic pelvic pain." British Journal of Obstetrics and Gynaecology **105**: pp. 8-10.
- Reza, A., M. J. Breiding, J. Gulaid, J. A. Mercy, C. Blanton, Z. Mthethwa, S. Bamrah, L. L. Dahlberg and M. Anderson (2009). "Sexual violence and its health consequences for female children in Swaziland: a cluster survey study." Lancet **373**(9679): 1966-1972.

- Rivera, W. H., J. D. J. Mari, S. B. Andreoli, M. I. Quintana and M. Ferraz (2008). "Prevalence of mental disorder and associated factors in civilian Guatemalans with disabilities caused by the internal armed conflict." International Journal of Social Psychiatry **54**(5): 414-424.
- Roberts, B. and J. Browne (2011). "A systematic review of factors influencing the psychological health of conflict-affected populations in low- and middle-income countries." Global Public Health: An International Journal for Research, Policy and Practice **6**(8): 814-829.
- Rodgers, C. S., A. J. Lang, E. W. Twamley and M. B. Stein (2003). "Sexual trauma and pregnancy: a conceptual framework." Journal of Women's Health **12**(10): 961-970.
- Rose, G. (1985). "Sick Individuals and Sick Populations." International Journal of Epidemiology **14**(1): 32-38.
- Roth, L., J. Sheeder and S. B. Teal (2011). "Predictors of intimate partner violence in women seeking medication abortion." Contraception **84**(1): 76-80.
- Roush, K. M. (2009). "Social Implications of Obstetric Fistula: An Integrative Review." J. Midwifery Womens Health **54**(2): e21-e33.
- Russo, N. F. and A. Pirlott (2006). "Gender-based violence: concepts, methods, and findings." Ann N Y Acad Sci **1087**: 178-205.
- Sabes-Figuera, R., P. McCrone, M. Bogic, D. Ajdukovic, T. Franciskovic, N. Colombini, A. Kucukalic, D. Lecic-Tosevski, N. Morina, M. Popovski, M. Schutzwahl and S. Priebe (2012). "Long-term impact of war on healthcare costs: An eight-country study." PLoS ONE **7**(1).
- Sagi-Schwartz, A. (2008). "The well being of children living in chronic war zones: The Palestinian—Israeli case." International Journal of Behavioral Development **32**(4): 322-336.
- Salam, A., A. Alim, T. Noguchi, A. Salam, A. Alim and T. Noguchi (2006). "Spousal abuse against women and its consequences on reproductive health: a study in the urban slums in Bangladesh." Maternal & Child Health Journal **10**(1): 83-94.
- Sarkar, N. N. (2008). "The impact of intimate partner violence on women's reproductive health and pregnancy outcome." Journal of Obstetrics & Gynaecology **28**(3): 266-271.
- Schei, B. and L. S. Bakketeig (1989). "Gynaecological impact of sexual and physical abuse by spouse. A study of a random sample of Norwegian women." Br J Obstet Gynaecol **96**(12): 1379-1383.
- Scholte, W. F., F. Verduin, A. van Lammeren, T. Rutayisire and A. M. Kamperman (2011). "Psychometric properties and longitudinal validation of the self-reporting questionnaire (SRQ-20) in a Rwandan community setting: a validation study." BMC Med Res Methodol **11**: 116.
- Schover, L. R., L. A. Rybicki, B. A. Martin and K. A. Bringelsen (1999). "Having children after cancer." Cancer **86**(4): 697-709.

- Seedat, S., D. J. Stein and P. D. Carey (2005). "Post-traumatic stress disorder in women: epidemiological and treatment issues." CNS Drugs **19**(5): 411-427.
- Shah, P. S., J. Shah and L. B. W. B. Knowledge Synthesis Group on Determinants of Preterm (2010). "Maternal exposure to domestic violence and pregnancy and birth outcomes: a systematic review and meta-analyses." J of Women's Health **19**(11): 2017-2031.
- Sideris, T. (2003). "War, gender and culture: Mozambican women refugees." Social Science & Medicine **56**(4): 713-724.
- Silverman, J. G., M. R. Decker, E. Reed and A. Raj (2006). "Intimate partner violence around the time of pregnancy: association with breastfeeding behavior." J Womens Health (Larchmt) **15**(8): 934-940.
- Sivakumaran, S. (2007). "Sexual Violence Against Men in Armed Conflict." European Journal of International Law **18**(2): 253-276.
- Snyder, C., W. Gabbard, J. May and N. Zulcic (2006). "On the battleground of women's bodies, Mass rape in Bosnia-Herzegovina." Journal of Women and Social Work **21**(2): 184-195.
- Sokolowski, R. (2000). Introduction to phenomenology. Cambridge UK, Cambridge University Press.
- Solomon, J. L. (1987). From Hegel to existentialism. New York, Oxford University Press.
- Stark, L. and M. Wessells (2012). "Sexual violence as a weapon of war." JAMA **308**(7): 677-678.
- Starks, H. and S. B. Trinidad (2007). "Choose your method: a comparison of phenomenology, discourse analysis, and grounded theory." Qualitative Health Research **17**(10): 1372-1380.
- Steel Z, C. T. S. D. M. C. B. R. A. v. O. M. (2009). "Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: A systematic review and meta-analysis." JAMA **302**(5): 537-549.
- Steiner, B., M. T. Benner, E. Sondorp, K. P. Schmitz, U. Mesmer and S. Rosenberger (2009). "Sexual violence in the protracted conflict of DRC programming for rape survivors in South Kivu." Conflict & Health **3**: 3.
- Stewart, D. and A. Mickunas (1974). Exploring phenomenology: A guide to the field and its literature. Chicago, American Library Association.
- Stockl, H., V. Filippi, C. Watts and J. K. K. Mbwambo (2012). "Induced abortion, pregnancy loss and intimate partner violence in Tanzania: a population based study." BMC Pregnancy & Childbirth **12**: 12.
- Stones, R. W., S. A. Selfe, S. Fransman and S. A. Horn (2000). "Psychosocial and economic impact of chronic pelvic pain." Best Practice & Research in Clinical Obstetrics & Gynaecology **14**(3): 415-431.

- Tafari, S., F. E. Aboud and C. P. Larson (1991). "Determinants of Mental-Illness in a Rural Ethiopian Adult-Population." Social Science & Medicine **32**(2): 197-201.
- Taggart, L. and S. Mattson (1996). "Delay in prenatal care as a result of battering in pregnancy: cross-cultural implications." Health Care Women Int **17**(1): 25-34.
- Taylor, R. J., L. M. Chatters, C. B. Hardison and A. Riley (2001). "Informal Social Support Networks and Subjective Well-Being Among African Americans." Journal of black psychology **27**(4): 439-463.
- Thabet, A. A. M., Y. Abed and P. Vostanis (2002). "Emotional problems in Palestinian children living in a war zone: a cross-sectional study." The Lancet **359**(9320): 1801-1804.
- Thomas, K. (2007). Sexual violence: weapon of war, impediment to peace. M. Couldrey and T. Morris. Oxford, UK, Refugee Studies Centre & UNFPA.
- Toomey, T. C., J. T. Hernandez, D. F. Gittelman and J. F. Hulka (1993). "Relationship of sexual and physical abuse to pain and psychological assessment variables in chronic pelvic pain patients." Pain **53**(1): 105-109.
- Ullman, S. E. (1999). "Social support and recovery from sexual assault: A review." Aggression and Violent Behavior **4**(3): 343-358.
- UN (2012). Supporting efforts to end obstetric fistula, Report of the Secretary-General, United Nations General Assembly. **Sixty-seventh session, Item 28 (a) of the provisional agenda*, Advancement of women.**
- Vlassenroot, K. and K. Büscher (2009). The city as frontier: urban development and identity processes in Goma, Crisis States Research Centre working papers series 2, 61. Crisis States Research Centre, London School of Economics and Political Science, London, UK.
- Vlassenroot, K. and K. Büscher (2009). The city as frontier: urban development and identity processes in Goma. Crisis States Research Centre working papers series 2, 61, Crisis States Research Centre, London School of Economics and Political Science, London, UK.
- Wall, L. L. (2006). "Obstetric vesicovaginal fistula as an international public-health problem." The Lancet **368**(9542): 1201-1209.
- Walsh, K., K. C. Koenen, A. E. Aiello, M. Uddin and S. Galea (2013). "Prevalence of Sexual Violence and Posttraumatic Stress Disorder in an Urban African-American Population." J Immigr Minor Health.
- Weaver, T. L. (2009). "Impact of rape on female sexuality: Review of selected literature." Clinical Obstetrics and Gynecology **52**(4): 702-711.
- Weisman, C. S., D. M. Grimley, L. Annang, M. M. Hillemeier, G. A. Chase and A. M. Dyer (2007). "Vaginal douching and intimate partner violence: is there an association?" Womens Health Issues **17**(5): 310-315.

Weitlauf, J. C., J. W. Finney, J. I. Ruzek, T. T. Lee, A. Thrailkill, S. Jones, S. M. Frayne, J. C. Weitlauf, J. W. Finney, J. I. Ruzek, T. T. Lee, A. Thrailkill, S. Jones and S. M. Frayne (2008). "Distress and pain during pelvic examinations: effect of sexual violence." Obstetrics & Gynecology **112**(6): 1343-1350.

Wentzel Frøland, H. T., S. G. Sollesnes, T. Nordgreen and E. Svensen (2010). Common Mental Disorders in rural Tanzania: How do patients explain their distress?, Det Psykologiske Fakultet, Universitas Bergensis.

White, S., B. M. Halpin, G. A. Strom and G. Santilli (1988). "Behavioral comparisons of young sexually abused, neglected, and nonreferred children." Journal of Clinical Child Psychology; Journal of Clinical Child Psychology **17**(1): 53-61.

WHO (1994). A user's guide to the Self Reporting Questionnaire (SRQ). Geneva, World Health Organisation, Division of Mental Health.

WHO (1997). Violence and Injury prevention : Violence against women : a priority Health Issue. WHO Information Kit on Violence and Health. Geneva.

WHO (2002). World report on violence and health. E. Krug, L. Dahlberg, J. Mercy, A. Zwi and R. Lozano. Geneva, Switzerland, World Health Organisation.

Wingood, G. M. and R. J. DiClemente (1998). "Rape among African American women: sexual, psychological, and social correlates predisposing survivors to risk of STD/HIV." J Womens Health **7**(1): 77-84.

Wolfe, D. A. and M. D. Mosk (1983). "Behavioral comparisons of children from abusive and distressed families." Journal of Consulting and Clinical Psychology; Journal of Consulting and Clinical Psychology **51**(5): 702-708.

Wood, E. J. (2009). "Armed Groups and Sexual Violence: When Is Wartime Rape Rare?" Politics & Society **37**(1): 131-161.

Wu, J., S. Guo and C. Qu (2005). "Domestic violence against women seeking induced abortion in China." Contraception **72**(2): 117-121.

Zhang, Y. and S. M. Y. Ho (2011). "Risk Factors of Posttraumatic Stress Disorder among Survivors after the 512 Wenchuan Earthquake in China." PLoS ONE **6**(7): e22371.

Zondervan, K. and D. H. Barlow (2000). "Epidemiology of chronic pelvic pain." Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol **14**(3): 403-414.

Zondervan, K. T., P. L. Yudkin, M. P. Vessey, M. G. Dawes, D. H. Barlow and S. H. Kennedy (1999). "Prevalence and incidence of chronic pelvic pain in primary care: evidence from a national general practice database." Br J Obstet Gynaecol **106**(11): 1149-1155.

Annexe 1 : Questionnaire de l'étude

I. Données sociodémographiques

1. Quel est votre âge? _____
2. Quel est votre statut matrimonial ?
 Célibataire Mariée Divorcée/Séparée Veuve
3. Depuis quand avez-vous ce statut ? _____
4. Quel était votre statut matrimonial et la raison du changement ? _____

5. Combien d'enfants avez-vous mis au monde ? _____
6. Quel âge auront-ils ? _____
7. À quelle tribu appartenez-vous ?
 Hutu Tutsi Nande Hunde Shi Havu Rega
 N'yanga Autres
8. Quelle religion pratiquez-vous ? _____
 Aucune Chrétienne (Catholique, Protestante, etc.) Musulmane Autre
9. Quelle était votre occupation professionnelle avant le début du conflit armé ?
 Sans emploi/ménagère Commerçante Cultivatrice Artisane
 Enseignante Autre (préciser)
10. Quel est le niveau d'éducation le plus élevé que vous ayez atteint ?
 Aucune Maternelle Primaire Secondaire Universitaire
 Formation professionnelle

II. Auto-perception de l'état de santé général

Comment estimez-vous votre état de santé général ?

- Excellent Bon Acceptable Mauvais

Maintenant, je voudrais vous poser quelques questions à propos de certains aspects de santé sur différents aspects de votre vie. Je sais que certaines de ces questions sont très personnelles. Cependant, vos réponses sont très importantes pour nous aider à comprendre la situation des femmes. Je vous garantis que vos réponses resteront complètement confidentielles et ne seront donc répétées à personne.

III. Volet violence sexuelle & santé de la reproduction

1. Avez-vous déjà été victime de l'un des événements suivants durant votre vie ?

- Rapport sexuel forcé avec pénétration
- Obligation d'accomplir d'autres types d'actes sexuels sous la menace
- Mutilation génitale non liée aux rites culturels
- Autres actes (préciser)
- Je n'ai jamais subi de violence sexuelle

2. À quel moment avez-vous été victime de ce(s) acte(s) de violence sexuelle?

- Période située entre la naissance et les premières règles
- Période située entre les premières règles et le premier rapport sexuel
- Période située entre le premier rapport sexuel et la première grossesse menée à terme
- Période située entre la 1^{ère} grossesse menée à terme et la 2^e grossesse menée à terme
- Période située entre la 2^e grossesse menée à terme et la 3^e grossesse menée à terme
- Période située entre la 3^e grossesse menée à terme et la 4^e grossesse menée à terme
- Période située entre la 4^e grossesse menée à terme et la 5^e grossesse menée à terme
- Période qui s'est écoulée depuis la dernière grossesse

3. Combien de fois avez-vous été victime de l'un de ces actes ?

Une Deux Plus que deux fois (préciser)

4. Avez-vous une idée de qui sont les responsables des violences sexuelles subies? Pour les femmes qui rapportent plusieurs formes de violence sexuelle indiquez pour chacune le(s) responsable(s) de cette (ces) violence(s)

1^{er} acte de VS Membre de la famille Voisin Membre des milices Autre

2^e acte de VS Membre de la famille Voisin Membre des milices Autre

3^e acte de VS Membre de la famille Voisin Membre des milices Autre

5. S'agissait-il d'un acte isolé ou les violences sexuelles ont été subies sur une longue période ?

Isolé Sur une période (préciser)

6. Les actes de VS dont vous avez été victime pendant cette période, combien d'hommes en sont responsables ? Pour celles qui ont subi plusieurs VS identifier le nombre d'hommes responsables de chacune de ces violences

1^{er} acte de VS Un Deux Plus de deux (préciser)

2^e acte de VS Un Deux Plus de deux (préciser)

3^e acte de VS Un Deux Plus de deux (préciser)

7. Êtes-vous tombée enceinte à la suite de ce (ces) acte(s) de violence sexuelle ?

Oui Non

8. Est-ce que cette grossesse a été menée jusqu'à terme?

Oui Non

9. Si oui décrire la relation que vous avez avec cet enfant

10. Aviez-vous eu envie d'interrompre cette grossesse?

Oui Non

11. Auriez-vous avorté si vous aviez des ressources sanitaires à votre disposition?

Oui Non

12. Si vous n'avez pas mené la grossesse à terme, veuillez indiquer ce qui s'est passé

Avortement spontané (fausse couche)

Avortement induit

13. Si un avortement induit a été pratiqué veuillez indiquer dans quelles conditions il a été fait

Conditions sécuritaires (conditions d'hygiène adéquates, personnel qualifié)

Conditions non sécuritaires

14. Avez-vous eu des complications suite à cet avortement ?

Oui Non

Si oui indiquez-les : _____

15. Avez-vous eu une fistule à la suite de l'agression sexuelle subie ? Si la femme n'a jamais subi de violence sexuelle, demander si elle a eu un problème de fistule au cours de sa vie et ce dans quelle circonstance.

Oui Non

16. Souffrez-vous de douleurs pelviennes chroniques depuis que vous avez été victime de violence sexuelle ? Si la femme n'a jamais subi de violence sexuelle, demander si elle souffre de douleurs pelviennes chroniques.

Oui Non

17. Avez-vous eu d'autres problèmes de santé physique ou gynécologique suite à cet acte de violence sexuelle subi ? Si la femme n'a jamais subi de violence sexuelle, demander si elle souffre d'autres problèmes de santé physique ou gynécologique.

Oui Non

18. Quels sont les autres types de problèmes de santé dont vous souffrez?

19. Votre désir d'enfant

a. Avez-vous désiré avoir des enfants après avoir été victime de violence sexuelle? Si la femme n'a jamais subi de violence sexuelle, demander si elle désire actuellement avoir des enfants.

Oui Non

b. Voulez-vous avoir des enfants biologiques dans les prochaines années ? Si la femme n'a jamais subi de violence sexuelle, demander si elle aura d'autres enfants biologiques dans le futur

Oui Non

c. Pourquoi ?

20. Avez-vous encore le désir d'avoir des rapports sexuels?

Oui Non



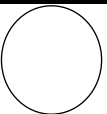
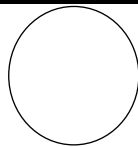
IV. Volet santé mentale

A. SRO : évaluation de la détresse psychologique et des TMC

Avez-vous souvent des maux de tête ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous peu d'appétit ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Dormez-vous mal ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Êtes-vous facilement effrayée ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Vos mains tremblent elles ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Êtes-vous nerveuse, tendue ou inquiète ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous de la difficulté à digérer ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous de la difficulté à penser clairement ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Vous sentez-vous malheureuse ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Pleurez-vous plus que d'habitude ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Vous est-il difficile de vous acquitter de vos activités quotidiennes avec plaisir ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous des difficultés à prendre des décisions ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Vos activités quotidiennes pâtiennent-elles de votre état ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Êtes-vous incapable de jouer un rôle utile dans l'existence ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous cessé de vous intéresser à quoi que ce soit ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Est-ce que vous vous estimez sans valeur ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous eu l'idée de mettre fin à vos jours ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Vous sentez-vous constamment fatiguée ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Éprouvez-vous des sensations désagréables dans l'estomac ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Vous fatiguez vous aisément ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

B. IES-R : évaluation de la sévérité du stress post-traumatique

Instructions: voici une liste de difficultés que les gens peuvent avoir après un événement terrifiant ou difficile. Pensez maintenant à l'événement le plus grave que vous ayez vécu et indiquez-le. Marquer **d'une croix** pour chaque phrase si la participante l'a ressenti pas du tout, un peu, moyennement, beaucoup ou extrêmement **pendant le dernier mois** ?

Dans quelle mesure avez-vous ressenti ceci ?		Pas du tout	 Un peu	 Moyennement	 Beaucoup	 Extrêmement
1.	Tout rappel de cet événement revivait mes sentiments face à l'événement					
2.	Je me réveillais la nuit					
3.	Différentes choses m'y faisait penser					
4.	Je me sentais irritable et en colère					
5.	Quand j'y repensais ou qu'on me le rappelait, j'évitais d'y penser.					
6.	Sans le vouloir, j'y repensais					
7.	J'ai eu l'impression que l'événement n'était jamais arrivé ou n'était pas réel					
8.	J'évitais tout ce qui pouvait me le rappeler					
9.	Des images de l'événement réapparaissaient dans ma tête					

10.	J'étais nerveux (nerveuse) et je sursautais facilement					
11.	J'essayais de ne pas y penser					
12.	J'étais conscient d'avoir encore beaucoup d'émotions à propos de l'événement, mais je ne pouvais pas y affronter					
13.	Mes sentiments à propos de l'événement étaient comme figés					
14.	Je me sentais et je réagissais comme si j'étais encore dans l'événement					
15.	J'avais du mal à m'endormir					
16.	J'ai ressenti beaucoup de vagues de sentiment à propos de l'événement					
17.	J'ai essayé de l'effacer de ma mémoire					
18.	J'avais du mal à me concentrer					
19.	Ce qui me rappelait l'événement me causait des réactions physiques telles que des sueurs, des difficultés à respirer, des nausées ou des palpitations					
20.	J'ai des cauchemars de l'événement					
21.	J'étais aux aguets et sur mes gardes					
22.	J'ai essayé de ne pas en parler					

Annexe 2 : Guide d'entrevue

1. Pourriez-vous me parler brièvement de vos activités quotidiennes?
 2. Ces activités sont-elles organisées par un organisme quelconque? Les activités ont-elles été organisées en relation avec l'acte de violence sexuelle que vous avez subi?
 3. Pouvez-vous me décrire ce que constitue un acte de VS pour vous ?
 4. Comment percevez-vous l'acte de violence sexuelle que vous avez subi?
 5. Comment votre entourage a-t-il perçu l'acte de violence sexuelle que vous avez subi?
 6. Quelle a été leur réaction suite à cet évènement ?
 7. Décrivez-moi la nature du soutien que vous avez reçu de la part de votre famille ou de votre entourage?
 8. Ce soutien vous a t'il aidé à surmonter cette épreuve? Comment ?
 9. Êtes-vous tombée enceinte par la suite de l'agression? Si oui:
 - Quel était votre sentiment par rapport à cette grossesse?
 - Avez-vous tenté d'avorter de cet enfant? Si oui par quels moyens?
Qu'est-ce qui vous a motivé à le faire?
- Pour celles qui n'ont pas pu avorter
- Qu'est-il arrivé à cet enfant?
 - Comment percevez-vous cet enfant et quelle relation avez-vous avec lui?
 - Arrivez-vous à vous occuper de lui ?
10. Cette question abordera la notion de statut social.
 - Qu'est-ce que l'expression désigne pour vous ?

- Pourriez-vous décrire le statut social associé à une femme victime de violence sexuelle dans votre communauté ?
- Parlez-moi des effets qu'un tel statut peut avoir au quotidien sur une femme victime d'un tel acte?

11. Connaissez-vous des femmes ayant subies la VS pendant le conflit qui se sont suicidées? Parlez-moi brièvement de ces femmes.
12. Que pensez-vous des interventions qui vous ont été offertes? Vous ont-elles aidé à surmonter vos difficultés? Comment?
13. Décrivez-moi les interventions que vous jugez utiles et importantes pour vous aider dans votre reconstruction et votre réinsertion sociale.

Annexe 3 : Formulaire d'information et de consentement

Formulaire d'information et de consentement

Titre du projet

Santé de la reproduction et santé mentale des femmes qui ont subi la violence sexuelle en temps de conflit armé : cas de la République Démocratique du Congo.

Équipe de recherche

Nissou Ines Dossa : Responsable du déroulement quotidien du projet de recherche.

Étudiante-chercheuse au programme de doctorat en santé Publique, Faculté de médecine, Département de Médecine Sociale et Préventive en Option Épidémiologie, Université de Montréal, Pavillon 1420 boul. du Mont-Royal, Outremont, H2V 4P3, Québec, Canada, bureau 3374-21.

Marie Hatem, Professeure Agrégée, Faculté de Médecine, Médecine Sociale et Préventive, Université de Montréal, Pavillon 1420 boul. du Mont-Royal, bureau 3134-4.

Tél : (514) 343- 6136.

Maria-Victoria Zunzunegui, Professeure Titulaire, Faculté de Médecine, Médecine Sociale et Préventive, Université de Montréal, Pavillon 1420 boul. du Mont-Royal, bureau 3134-2. Tél : (514) 890-8000, poste 15925.

Dr. William B. Fraser, Professeur Titulaire, Faculté de Médecine, Obstétrique et Gynécologie, Université de Montréal, CHU Ste-Justine, 5757 Av. Decelles, Montréal.

Tél : (514) 345-4931, poste 4370.

Invitation

Je suis Nissou Ines Dossa, étudiante au doctorat en santé publique à l'Université de Montréal (Canada). Dans le cadre de mes études, je m'intéresse à la question de la violence sexuelle vécue par les femmes de la République démocratique du Congo lors des conflits armés. Plus particulièrement, je cherche à comprendre l'impact de cette violence sur la santé des femmes et sur la société en général.

Pour ce faire, j'ai besoin d'obtenir des renseignements auprès de plus de 300 participantes, des femmes vivant dans la région de Goma, qui ont ou non subi de la violence sexuelle.

Je vous contacte aujourd'hui pour vous demander si vous accepteriez de participer à mon projet de recherche.

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à ce projet de recherche.

Description du projet de recherche

L'étude comporte deux volets.

Le premier volet s'effectue à l'aide d'un questionnaire permettant d'identifier les problèmes de santé mentale (par exemple, dépression) et de santé de la reproduction (par exemple, fausses couches, avortement induit, désir d'enfant, fistules, douleurs pelviennes chroniques, etc.) les plus fréquents chez les femmes après un conflit armé. Le questionnaire pourra être répondu par vous-même. Si vous n'êtes pas capable de lire ou d'écrire, nous pourrions vous aider. De plus, il se pourrait que vous soyez invitée à le remplir en même temps que d'autres femmes si vous êtes capables de lire et de comprendre le français. Pour cela il faudrait que vous soyez donc autonome dans la lecture et la rédaction. Si vous avez des questions, une personne sera disponible pour y

répondre dans un local fermé à côté pour garantir la confidentialité des échanges. Le questionnaire prendra environ 1h30 à compléter. Pour ce volet, 300 femmes participeront à mon projet. Vous n'êtes pas obligée d'avoir subi des violences sexuelles pour participer à ce volet du projet de recherche car il s'adresse à l'ensemble des femmes de la région de Goma. Avec les réponses à ce questionnaire, nous pourrions mieux comprendre l'effet cumulé de la violence sexuelle subie tout au long du parcours de vie.

Le second volet s'effectue seulement auprès de certaines femmes ayant participé au premier volet de l'étude. Pour participer à ce deuxième volet du projet, vous devez avoir subi des violences sexuelles en situation de conflit armé et accepté de compléter l'entrevue. Seulement une dizaine de femmes seront retenues pour cette entrevue. Cette entrevue individuelle impliquera une rencontre entre vous et moi qui durera au plus 1h30. Au besoin, une traductrice sera aussi présente. Lors de cette entrevue, je vous poserai des questions permettant de mieux comprendre les conséquences des violences subies au niveau de vos interactions avec les autres. Vous serez invitée à décrire vos perceptions ainsi que celles de votre communauté vis-à-vis de la violence sexuelle, les conséquences sociales d'être la victime d'un tel acte et vos besoins de prise en charge sanitaire. Pour m'aider à bien rapporter vos propos, je devrai enregistrer cette rencontre.

Risques et inconvénients

La participation à ce projet de recherche peut vous rendre mal à l'aise car les questions sont personnelles et concernent votre santé. De plus, les souvenirs pénibles qui seront évoqués pourraient faire ressortir la peine vécue et venir vous troubler à nouveau. Si vous vous sentez mal ou que vous aimeriez parler à quelqu'un, les assistantes sociales du *Collectif Alpha Ujuvi* qui me serviront d'interprète pourront vous aider en vous accordant

un rendez-vous après l'entrevue. Par ailleurs, vous pouvez exprimer tout besoin ultérieur auprès des intervenantes sociales du *Collectif Alpha Ujuvi* en vous rendant dans les locaux de l'association.

Avantages et bénéfices

Personnellement, en tant que participante vous aurez l'avantage de pouvoir vous exprimer sur les éventuelles violences sexuelles subies pendant votre vie et leurs conséquences au niveau physique, psychologique et social. Au plan social, vous nous permettrez de réunir des informations qui pourraient aider les institutions qui cherchent à vous aider à mieux planifier les soins de santé dont vous ou des femmes qui vivent la même situation que vous pourriez avoir besoin. Ces informations seront aussi utiles pour les campagnes de sensibilisation contre la violence fondées sur les conséquences de ces actes et pour la mise en place, au niveau social, d'un soutien pour les victimes.

Protection de la confidentialité

Je m'engage à ce que votre identité ne soit pas divulguée à quiconque. Toutes les informations que vous me confierez resteront secrètes.

Les données (questionnaires, entrevues enregistrées sur une cassette audio et transcrites) seront conservées pendant une période minimale de 7 ans. Pour assurer la confidentialité des données les informations recueillies seront rendues anonymes et un numéro d'identification sera attribué à chaque participante (code avec des lettres et des chiffres). Les questionnaires et données recueillis seront mis à l'abri des regards en les conservant dans un classeur fermé à clé, lequel étant situé dans un local fermé à clé situé au Pavillon 1420, boul. du Mont-Royal de l'Université de Montréal (ou au Pavillon qui le remplacera

après le déménagement). Les données sont la seule propriété des membres de l'équipe de recherche et, de ce fait, elles ne seront transmises à aucun tiers. Les collaborateurs et organismes subventionnaires éventuels auront uniquement accès aux résultats agrégés. Les données seront détruites au plus tard 7 ans après la fin du projet. Les questionnaires seront déchetés et les enregistrements audio détruits.

Droit de retrait

Vous pouvez vous retirer de cette étude à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raison. Toutefois, il ne vous sera plus possible de vous retirer quand les données seront complètement anonymes ou lorsque nous aurons publié certains résultats.

Consentement

Pour le premier volet, si vous acceptez de participer au projet, vous n'aurez qu'à remplir le questionnaire.

Pour le second volet (entrevue), nous enregistrerons votre consentement verbal à ce moment.

Personnes-ressources

Si vous avez des questions, vous pouvez me contacter: Nissou Inès Dossa. Je serai à Goma (au *Collectif Alpha Ujvi* pendant les heures ouvrables, et au couvent des religieuses situé dans la même bâtisse en dehors des heures ouvrables) jusqu'au milieu du mois d'août.

Une entente avec la Coordinatrice du *Collectif Alpha Ujvi*, Sœur Déodata Bunzigiye est prévue pour servir de répondant pour les cas de plaintes. Les locaux du *Collectif*

Alpha Ujuvi sont situés au 1 Ave Nyiragongo dans le Quartier Murara à Goma. Cet organisme vous viendra également en aide si vous avez besoin de soutien ou de parler après l'entrevue.

Pour toute information d'ordre éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez contacter le coordonnateur du Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES) par courriel ou par téléphone au 001-(514)-343-6111 poste 2604. Vous pouvez aussi les rejoindre par la poste :

Université de Montréal
ATT. Guillaume Paré (CERES)
BRDV (3744 Jean-Brillant), bureau 6320-7
C.P. 6128, succursale Centre-ville
Montréal, Québec, Canada
H3C 3J7

Toute plainte concernant cette recherche peut être adressée à l'ombudsman de l'Université de Montréal, au numéro de téléphone 001-(514)-343-2100 ou à l'adresse courriel ombudsman@umontreal.ca. L'ombudsman accepte les appels à frais virés. Il s'exprime en français et en anglais et prend les appels entre 15h et 23h (Heure de Goma).

À titre de chercheuse, je m'engage, Nissou Ines Dossa, à mener la recherche tel que décrit.